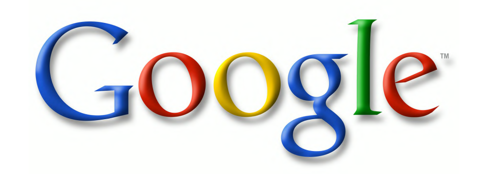
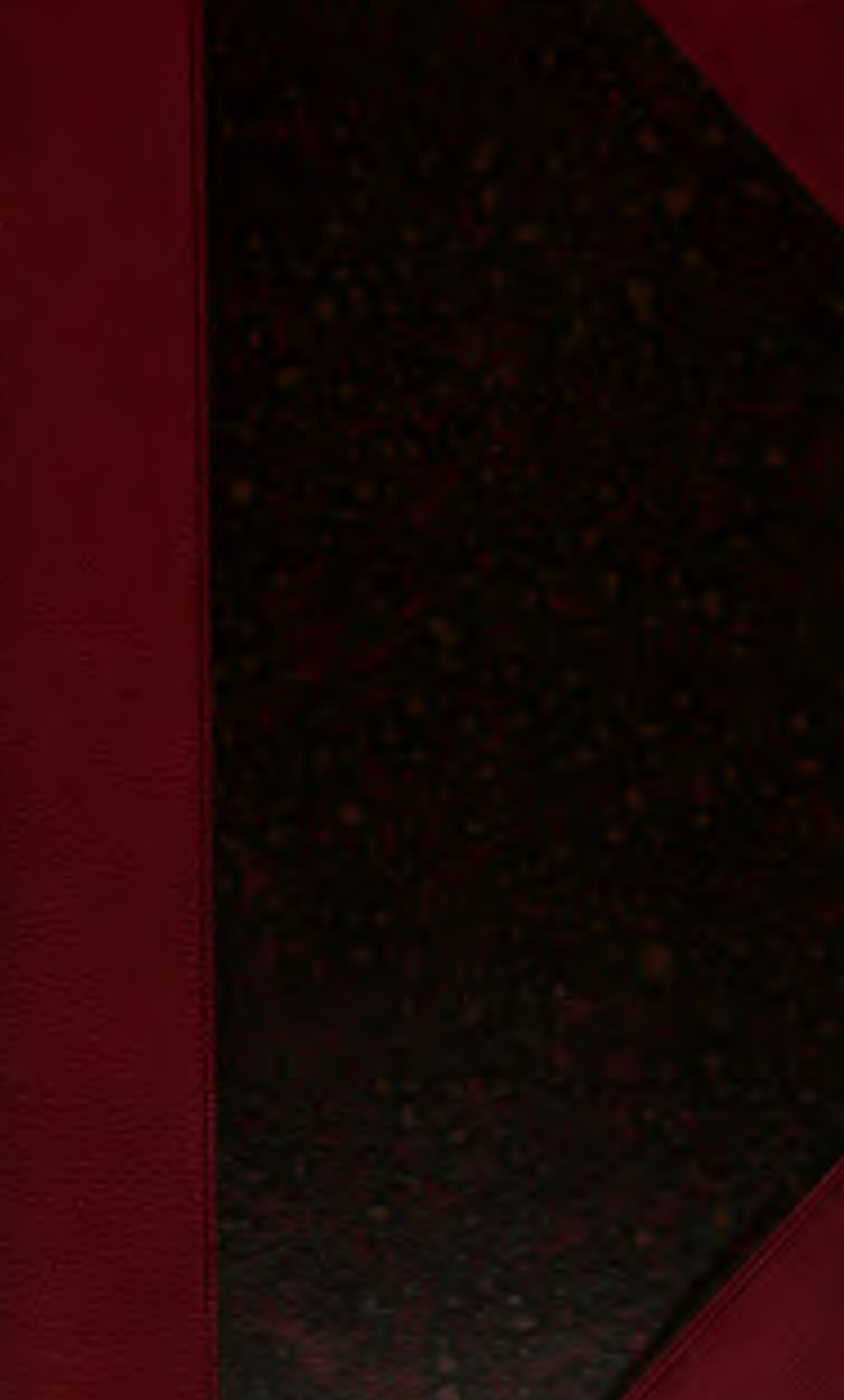
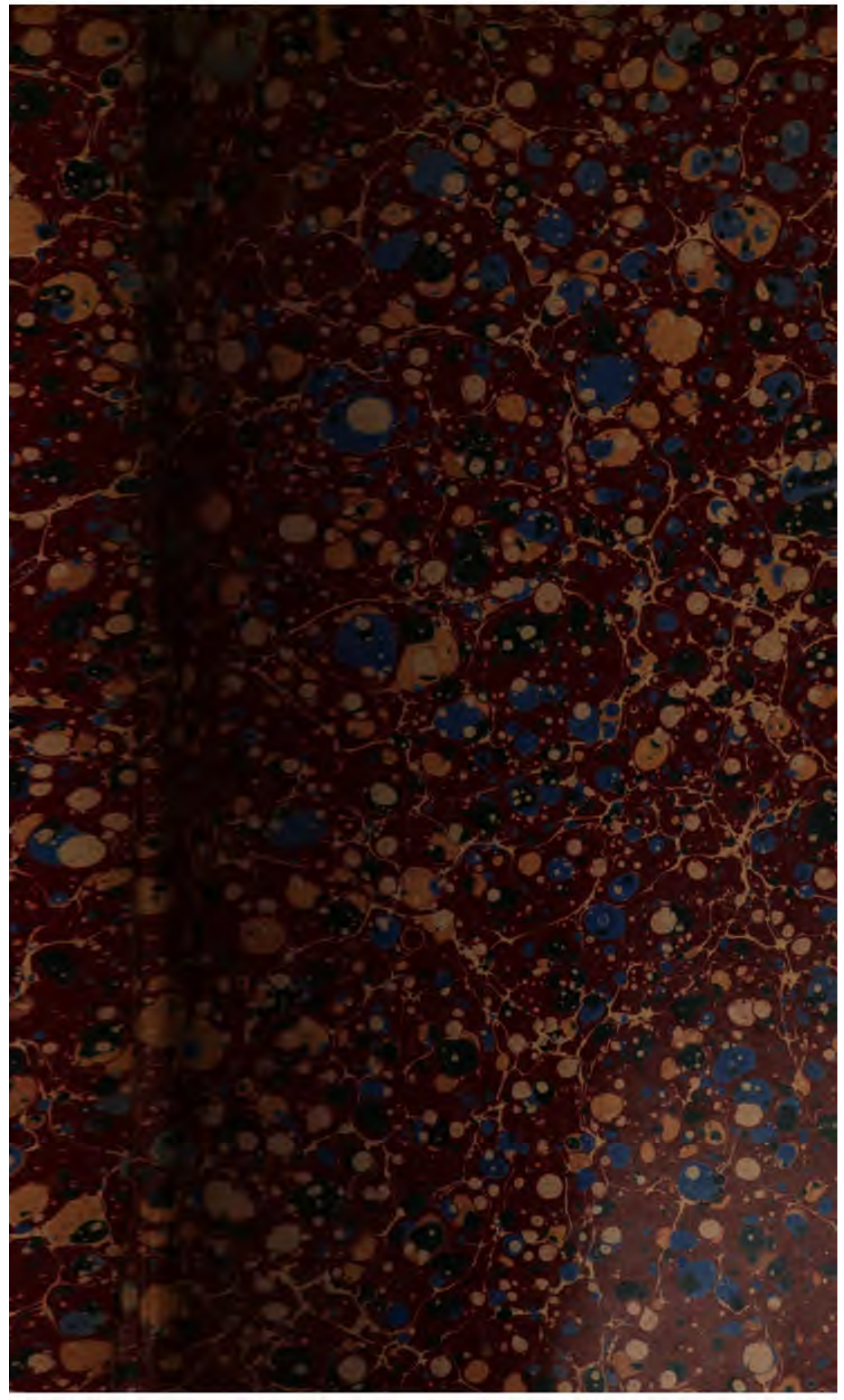






ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris.....................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe...................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le D^r^ LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique ; à M. le D^r^ PINARD, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ; ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, successeur de H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNECOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XXV

Contenant des travaux de MM.

COCHET (de Lille), HERRGOTT (A.), PAJOT, PINARD, POTOCKI,
SCIAKY (A.), SEBILEAU, SLAWJANSKY,
SMITH (J.-G.). TERRILLON, TILLAUX, VARNIER.

1886

(1er SEMESTRE)

PARIS

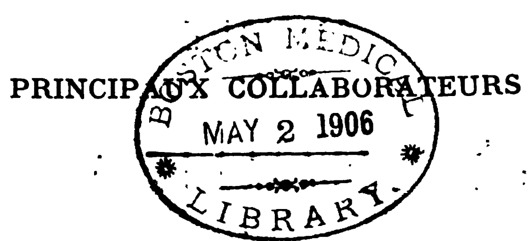
LIBRAIRIE G. STEINHEIL

SUCCESSEUR DE H. LAUWEREYNS

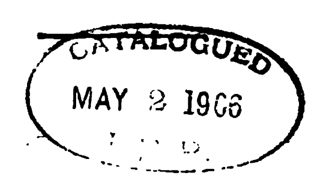
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

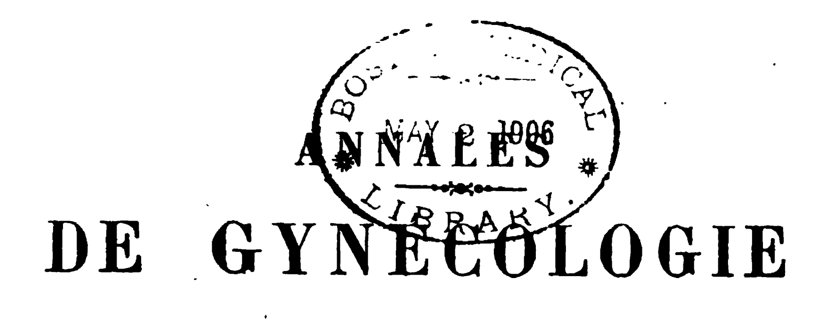
1886

PRINCIPAUX COLLABORATEURS



BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof. d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
GAUTRELET, profess. d'acc. à l'école de méd. de Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. à la Faculté de méd., chirurgien de la Maternité.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôp., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.





ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique d'accouchements.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PAJOT

A PROPOS D'UNE CÉPHALOTRIPSIE.

Leçon du 17 *novembre* 1885 (1).

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'un fait bien instructif. Nous avons fait dimanche une opération qu'on peut considérer comme une des plus difficiles de l'obstétrique. Opération longue, laborieuse, qui exige de grandes précautions et certains artifices que je vais tâcher de vous faire connaître. Il s'agit de la femme qui occupe en ce moment le lit n° 41. Ceux de vous qui ont suivi mes leçons l'année dernière, et dont l'attention a été attirée sur ce que j'ai appelé *l'air de famille*, ont dû être frappés par la physionomie de cette malade. Elle présente, en effet, ce facies tout spécial propre aux rachitiques. Vous pouvez, du reste, voir aussi au n° 20 une autre femme

(1) Leçons recueillies par le Dr R. Labusquière.

dont la physionomie est aussi caractéristique. On peut chez toutes deux, par la simple vue du visage, affirmer l'existence d'un rétrécissement pelvien.

Notre opérée de dimanche a, en effet, un rétrécissement du bassin. Voici son histoire :

Elle est âgée de 26 ans et primipare. Accouchement à terme. Rupture prématurée des membranes, le jeudi 12 novembre à 7 heures du matin. Premières douleurs le vendredi 13 novembre à minuit et demi. Le samedi 14, à 9 heures du soir, on fit en ville, sans succès, une première application de forceps. Ici, il faut noter un détail : le médecin, en effet, après avoir vainement tiré sur le forceps, cessa les manœuvres, décidé à les reprendre *un peu plus tard*; mais *il laissa l'instrument en place*. J'avoue que c'est là une pratique que je ne connaissais pas jusqu'à ces derniers temps; mais, depuis peu, les exemples de pareils faits paraissent devenir plus nombreux. C'est le troisième que je vois depuis que je suis à la clinique. Oh! je sais bien pourquoi les médecins adoptent cette conduite : c'est qu'en plaçant leurs branches, il ont éprouvé les plus grandes difficultés, et c'est pour ne pas s'y heurter de nouveau qu'ils laissent le forceps en place. Cette pratique est peut-être fort commode pour eux, mais je doute qu'elle soit très agréable pour la femme. Voici du reste ce qu'on lit dans l'observation : « *Le médecin s'en est allé en laissant le forceps dans l'utérus, bien que la femme le suppliât de le retirer, pour le réappliquer s'il le fallait.* »

C'est là ce que vous devrez faire. Vous tentez une première application de forceps, elle échoue; enlevez l'instrument et recommencez ensuite l'application suivant les cas. Le forceps fut enlevé à 11 heures après trois tentatives successives, à ce que dit la femme, puis elle fut envoyée à la clinique, où elle entra vers 1 heure du matin. A 9 heures, M. le chef de clinique essaya de terminer l'accouchement. Il pratiqua d'abord la perforation du crâne, opération contre laquelle je n'ai rien à dire pour l'instant, car c'est une opération classique. Cependant je crois que c'est là encore une opération de

routine, et j'espère qu'il me sera peut-être possible de faire plus tard revenir de cet errement.

Après avoir pratiqué la perforation, M. le chef de clinique essaya de plusieurs instruments, entre autres du *basiotribe*, imaginé par M. Tarnier. Mais il ne put arriver à placer la deuxième branche. Il me fit alors appeler.

A mon arrivée, j'examinai la femme, et immédiatement je constatai une déformation du bassin. Mon doigt atteignait peu aisément l'angle sacro-vertébral. Je diagnostiquai un rétrécissement de 8 centimètres après réduction. Ici je dois vous rendre compte d'un détail qui présente quelque intérêt pratique. En explorant le col en arrière, je constatai facilement que la dilatatiou était complète. Mais, ramenant le doigt explorateur en avant, je rencontrai quelque chose de raide, de tendu, un instant je pensai que la dilatation n'était peut-être pas complète en avant. Je priai alors la sage-femme en chef de toucher à son tour; elle arriva directement sur la partie antérieure du col et constata que, là aussi, la dilatation était effectuée. J'examinai de nouveau, et je me rendis vite compte de ce qui s'était passé. Ce qui m'avait produit l'effet de la lèvre antérieure du col était le lambeau antérieur du cuir chevelu, produit par la perforation, lambeau qui s'était accidentellement interposé entre mon doigt et la portion antérieure de l'orifice.

On pouvait donc opérer, et il n'y avait qu'une opération à faire : la *céphalotripsie*. L'enfant était mort. J'ai choisi pour la pratiquer le céphalotribe *classique*, qui est sans contredit le meilleur des instruments que nous possédions, et avec lequel j'ai vu faire par P. Dubois des opérations véritablement merveilleuses. Certes, cet instrument a, lui aussi, ses défauts, et je vais vous les indiquer; mais quand on dit qu'il ne permet pas d'atteindre la base du crâne, cela est inexact. On l'atteint,et peut-être mieux qu'avec les autres instruments; mais il faut, pour réussir, recourir à certains artifices, prendre certaines précautions, qu'il vous est impossible de soupçonner lorsque vous assistez à l'opération, si l'opérateur n'a pas soin

de vous les faire remarquer. Le plus grand reproche qu'on ait fait au céphalotribe classique est le suivant : *La tête étant comprise entre les mors de l'instrument, quand on commence à serrer pour opérer le broiement, elle a une grande tendance à s'échapper par en haut ou en avant.* Cela est vrai, la pression commence, en effet, à s'exercer à la partie inférieure, et comme la tête est glissante, elle tend à fuir par en haut, de sorte que très souvent, on ne saisira que la partie inférieure de l'extrémité céphalique, et que, par suite, le broiement sera imparfait. Mais voyons comment on a cherché à résoudre les difficultés avec le basiotribe. Ici, nous avons trois branches, dont une, la médiane, est un perforateur. Une simple remarque, la première fois qu'on voulut, à la clinique, se servir de cet instrument, il fallut, en fin de cause, recourir au perforateur classique pour pouvoir introduire l'autre. Le perforateur, arrivé sur la base du crâne, sert à fixer la tête et à l'empêcher de glisser, lorsqu'on la broie, après application des deux autres branches. Mais je ferai remarquer *que l'on n'a pas supprimé, mais simplement déplacé la difficulté*, l'échappement de la tête. Elle tendait à s'échapper au moment du rapprochement des mors du céphalotribe, elle fuit ici devant le perforateur. La difficulté n'est donc pas résolue; et, considéré dans son ensemble, le nouvel instrument me paraît absolument défectueux.

Ce qu'il faudrait, ce serait un instrument qui fixerait la tête dès qu'on commencerait le broiement. Depaul, après d'autres, avait bien vu la difficulté et avait bien aussi tenté d'y remédier. Pour ce but, il avait pourvu les extrémités libres du céphalotribe de deux crochets ; mais les crochets n'atteignent le cuir chevelu qu'au bout d'un certain temps, à la fin de l'opération. La tête a déjà glissé entre les mors. Et puis les crochets, s'imprimant dans le cuir chevelu, exposaient à des échappées lorsqu'il devenait nécessaire d'opérer plusieurs broiements et, par conséquent, on courait les risques de produire de grands délabrements des parties maternelles. Je pense que c'est à la partie inférieure, dans le point où préci-

sément commence à s'exercer la pression, qu'il faudrait pouvoir obtenir la disposition destinée à fixer la tête. Le problème est difficile, mais non pas insoluble, je l'espère. Revenons à l'opération. Je n'ai pas besoin de vous dire que dans la céphalotripsie comme dans les applications de forceps, il faut procéder avec la plus grande douceur. Jamais de force, sans quoi, avec un instrument de cette puissance, vous produirez les plus grands désordres. Ce qui augmente de beaucoup les difficultés de l'intervention, ce sont les rétrécissements du détroit inférieur. Quand le détroit inférieur est normal, les choses sont singulièrement facilitées. On introduit aisément trois, quatre doigts profondément dans le vagin, on conduit sûrement le céphalotribe et l'opération se fait aisément; mais, ici, on ne pouvait introduire que deux doigts. Il m'est arrivé sept ou huit fois de n'en pouvoir introduire qu'un seul et de mener à bien la céphalotripsie. Il en est ainsi dans les bassins de 0,05 centimètres et au-dessous.

Pour introduire convenablement le céphalotribe, il faut nécessairement avoir une idée de la direction principale du conduit génital. Il y a des accoucheurs qui se sont donné le plus grand mal pour déterminer d'une façon *mathématique* l'axe du bassin. C'est là une exagération inutile. P. Dubois disait après Nœgele :

« *Cette précision mathématique est superflue et n'est nullement nécessaire.* »

J'ajoute qu'elle est heureusement *inutile* parce qu'elle est pratiquement *impossible.* Ce qu'il faut connaître, c'est l'*axe pratique.* Et il faut savoir que la direction qu'il faut imprimer au céphalotribe est la résultante de la combinaison de deux courbes, *la courbe pelvienne et la courbe céphalique.* Mêmes règles que pour l'application du forceps.

Il faut ensuite que l'extrémité des doigts, sur lesquels vont glisser les branches de l'instrument, soient dans l'orifice. C'est là une condition *capitale, à défaut de laquelle tout est compromis.*

Ici, je dois vous mentionner un petit artifice qui m'a réussi

dimanche, et qui vous réussira dans les cas analogues. La tête était, dans ce cas, fixée au détroit supérieur par sa partie supérieure, comme dans un étau. Il eût été impossible, sans aucun expédient, d'insinuer les branches entre la tête et la paroi utérine. Pour y parvenir, je me suis servi des doigs introduits dans le vagin comme d'un levier, ayant son point d'appui sur la paroi pelvienne et son point d'application sur la tête fœtale. J'ai pu ainsi écarter celle-ci légèrement de la paroi utérine et glisser prestement la première branche durant le court intervalle, un vingtième de seconde, qui s'écoule entre le retrait des doigts et le retour de la tête. Il m'a été ensuite aisé de pousser la branche profondément; quand la branche est bien dirigée, la matrice l'*avale*, pour ainsi dire.

Mais, ce n'était pas là la plus grande difficulté.

La sage-femme en chef, qui a une grande expérience pour avoir vu beaucoup ces opérations, me dit : *Ce n'est pas par cette branche que vous auriez dû commencer.* Vous comprenez bien ce qu'elle voulait dire. *C'est que, en effet, c'est toujours la seconde qui est la plus difficile à placer.* Je fis pour celle-ci, comme pour la première, et avec un peu plus de difficulté, il est vrai, cependant j'arrivai à l'appliquer.

Je veux noter ici un point intéressant qui fut autrefois l'objet d'une assez longue discussion entre M. Tarnier et moi. J'avais écrit, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique*, que *dans les cas de rétrécissements* EXTRÊMES, *il fallait enfoncer, le plus profondément possible, les mors de l'instrument, et pour bien saisir la tête, reporter les manches aussi en arrière que possible.* M. Tarnier, au contraire, prétendit qu'il valait mieux ne les reporter que modérément en arrière. Or, je fis voir que le conseil de M. Tarnier, juste lorsqu'il s'agissait de rétrécissements modérés, était absolument faux dans le cas particulier. Dans les rétrécissements extrêmes, en effet, la saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral s'oppose absolument à l'engagement de la tête, qui se loge en avant et au-dessus de la symphyse. Dans ces conditions, il est clair que la situation très élevée et antérieure de l'extrémité céphalique rend

la double manœuvre que j'indiquais tout à fait nécessaire; du reste, la plupart des accoucheurs ont aujourd'hui adopté cette manière de voir.

Les branches du céphalotribe sont placées, que faut-il faire? Eh bien! vous remarquerez quelquefois qu'elles ne sont pas absolument parallèles. Mais ce n'est généralement qu'un incident sans importance, et il vous sera presque toujours très facile, à l'aide de quelques mouvements sagement ménagés imprimés aux extrémités, d'articuler l'instrument.

Vous allez procéder au broiement. Il faut, pour cela, prendre certaines précautions, sans quoi vous ne broierez rien du tout. La tête échappera. D'abord, en dehors des aides qui tiennent les cuisses de la femme, un autre aide, avec ses mains appliquées à plat sur la paroi abdominale, exercera une pression modérée destinée à empêcher la tête de s'échapper par en haut. Puis, vous procéderez au rapprochement des mors avec la plus grande lenteur; car une pression précipitée chasserait fatalement la tête. Une fois la tête bien saisie, il faut serrer jusqu'au bout; autrement, une partie de la matière cérébrale s'écoule; la tête, diminuée de volume, n'est plu comprimée, et vous n'amenez rien.

Quand il est nécessaire de faire plusieurs broiements, comme il arrive dans les cas de rétrécissements extrêmes, je n'exerce pas de traction tout de suite, je fais successivement plusieurs céphalotripsies, et ce n'est que quand la tête fœtale est suffisamment diminuée pour ne pas exposer à blesser les parties génitales, que je commence à tirer, ou que j'abandonne l'accouchement à la nature, selon les cas.

Dans le cas présent, je fus bientôt assuré que j'avais une prise *exceptionnellement solide*. Je fis d'abord comme pour la délivrance, *je tendis, et je n'avais pas l'air de tirer*. Ceux de vous qui ont assisté à l'opération ont pu pourtant juger ensuite, d'après mon état, si j'avais dû déployer de la force; mais, *force contenue*. Je leur montrai comment on pouvait utiliser aussi la manœuvre de levier, dite de Pajot, manœuvre puissante, et que M. Tarnier avait mal comprise.

Vous m'avez vu ensuite, au moment où je commençais les tractions, faire tourner l'instrument d'un quart de cercle. Pourquoi cela ? Evidemment *pour mettre la partie aplatie de la tête suivant le diamètre rétréci*. Un peu plus tard l'instrument, cette fois, a tourné spontanément : c'est que la partie fœtale, accommodait spontanément ses diamètres aux diamètres pelviens.

La tête complètement dégagée, les difficultés n'étaient pas toutes surmontées. Restait le tronc. Je fis d'abord quelques tractions sur la tête, sans grand résultat. J'entourai alors le cou du fœtus avec un linge, cela me fournit une bonne prise. Après quelques tractions, combinées avec plusieurs mouvements en haut, en bas et de latéralité, je pus faire descendre assez le tronc pour qu'il me fût possible de placer un doigt dans chaque aisselle. L'accouchement fut ensuite promptement terminé.

- Comment va notre opérée ? Malheureusement, elle avait déjà subi en ville plusieurs manœuvres fort longues, en dehors de toutes précautions antiseptiques. Il est clair que ces circonstances ont compromis la situation. Il existe aujourd'hui du météorisme qui remonte jusqu'à l'ombilic.

J'espère néanmoins que nous pourrons nous rendre maître des accidents.

Quant à l'opération, c'est une des opérations les plus difficiles et les plus délicates de l'obstétrique. Elle est difficile *pour tout le monde*. Pour la réussir, il faut recourir aux artifices, et prendre les précautions importantes que j'ai tâché de vous faire connaître, pour que vous ne soyez pas embarrassés le cas échéant.

Nota. — Fœtus : Poids, 2,450 grammes.

L'autopsie de l'enfant, faite par M. Boileux, externe du service, a montré que la base du crâne était complètement broyée. La portion pétreuse des temporaux et les sphénoïdes étaient en morceaux.

Je désire répondre à certaine objection qui m'a été faite au sujet de cette céphalotripsie. L'objection dérive de l'interpré-

tation erronée d'une méthode de céphalotripsie que j'ai imaginée il y a environ trente ans, méthode qui, je l'espère, est de nature à rendre à quelques-uns d'entre vous, dans des circonstances très critiques, les services les plus signalés.

Le point capital dans cette discussion, *c'est qu'il ne s'agissait pas chez notre opérée d'un rétrécissement* EXTRÊME *du bassin.* En pratiquant le toucher, en effet, je n'atteignais que difficilement le sacrum. D'ailleurs, à défaut de ce renseignement, le seul fait d'un certain degré de l'engagement de la tête était en opposition absolue avec l'hypothèse d'un rétrécissement extrême. Je vous ai dit que la partie supérieure de l'extrémité céphalique avait franchi le détroit supérieur et que, en raison de cet engagement, la tête était fixée comme dans un étau. Nous avions donc affaire à un rétrécissement moyen, détail important, puisqu'il justifia toute ma conduite. Je vous ai aussi indiqué par quels artifices et quelles précautions j'ai tâché, et avec bonheur, de mener à bien l'opération. Incidemment, je vous ai exprimé mon opinion au sujet du céphalotribe classique en vous signalant le reproche, *fondé*, qu'on lui fait *de chasser, pour ainsi dire, la tête au moment où l'on commence le broiement.* Je vous ai montré comment il fallait, en attendant que nous possédions un instrument meilleur, parer à ce défaut incontestable en s'opposant à cet échappement de la tête à l'aide de pressions mesurées, exercées à travers la paroi abdominale, sur le fond de la matrice, et aussi en diminuant le plus possible la force expulsive inhérente à la disposition même de l'instrument, en opérant très lentement le rapprochement des branches. Enfin je vous ai également fait voir comment, par l'invention du basiotribe, on avait, *seulement*, *déplacé*, *mais non résolu la difficulté* qui provient de l'échappement de la tête fœtale. Je vous disais : *Avec l'ancien céphalotribe, la tête tend à fuir au moment où commence le rapprochement des mors ; avec la basiotribe*, *elle fuit devant le perforateur.*

A propos de l'opération qui fait le sujet de cette leçon, on m'a demandé *pourquoi je n'avais pas appliqué la méthode de*

la céphalotripsie répétée sans traction. La femme était en travail depuis assez longtemps ; elle avait déjà essuyé plusieurs tentatives infructueuses de forceps, etc. N'y avait-il donc pas indication précise à lui éviter les compressions inévitables avec des tractions qui ont duré près d'une heure ? Eh bien, je dis que *cette objection n'a pu être faite que parce qu'on n'a pas compris les indications de la céphalotripsie répétée sans traction*.

Voici ce que j'écrivais en 1860 :

Il ne faut pas oublier, en effet, que la méthode n'a été imaginée que pour les cas de rétrécissements *extrêmes*. Et voici à quelle occasion :

Chez une femme qui avait un rétrécissement de 0,060 à 0,070 millimètres, Dubois avait essayé de terminer l'accouchement par le céphalotribe appliqué sur le siège, qui se présentait le premier, il pratiqua des tractions très vigoureuses, bien que très contenues ; rien ne vint. Il nous réunit alors, Campbell et moi, et nous demanda notre avis. Campbell conseilla l'opération césarienne ; pour mon compte, je dis faites *tout, tout, excepté cela*. Que pourriez-vous faire de pis ? L'enfant est mort ; si vous faites l'opération césarienne, la mère mourra.

On fit l'opération césarienne, — il semblait en effet, à cette époque, qu'il n'y eût pas d'autre ressource, — je n'ai pas besoin de vous dire que la mère mourut.

Quelque temps après, réfléchissant à ce fait, Dubois me dit : Il y a, assurément, quelque chose à trouver pour les cas de ce genre. Et, en effet, la céphalotripsie classique, lorsqu'il s'agit de rétrécissements extrêmes, est une opération déplorable, je dirai même plus, pardonnez-moi l'expression : c'est une opération absurde. Comment, vous avez affaire à un bassin excessivement rétréci et, après ce premier broiement, alors que la tête est encore beaucoup trop volumineuse, vous allez tirer, tirer quand même ! Mais vous déchirez le vagin, l'utérus ; vous allez produire des compressions qui se traduiront un peu plus tard par des eschares étendues ; que dis-je, vous pouvez faire éclater le bassin. — Cela s'est vu. — Est-ce raisonnable ?

C'est après avoir longuement songé à ces inconséquences (mais pour les rétrécissements extrêmes seulement), que je proposai la méthode dite *de la céphalotripsie répétée sans traction* et que je l'appliquai avec succès. En vingt-cinq ans, j'ai rassemblé dix cas, dont huit succès. Les observations ont été recueillies pour la plupart dans les hôpitaux et publiées. Ce ne sont pas des faits inventés pour les besoins de la cause, et ils sont encourageants. Tous ces bassins imposaient l'opération césarienne.

Je procède de la façon suivante :

Le céphalotribe étant appliqué, je pratique le broiement avec toutes les précautions que je vous ai indiquées. Cela fait, je tâche d'exécuter le mouvement de rotation qui a pour but de placer le diamètre aplati de la tête suivant le diamètre rétréci du bassin. Si j'éprouve des difficultés, je n'insiste pas et je laisse à la nature le soin d'amener cette accommodation, ce dont elle s'acquitte fort bien, la plupart du temps. Je retire alors mon instrument, je fais prendre à la femme un peu de bouillon, un peu de vin, et j'attends deux, trois, quatre heures, suivant son état. Je fais alors une nouvelle céphalotripsie, en observant toujours les mêmes principes. On arrive ainsi à diminuer, de plus en plus, le volume de la tête qui, après un certain nombre de broiements, finit par s'engager un peu plus profondément, ce qui rend ainsi la base du crâne plus accessible, par suite, l'écrasement de cette région plus aisé. Ce résultat obtenu, le dégagement de la tête est assuré. Toutes les difficultés sont-elles alors surmontées? Non. On pourra en rencontrer de grandes dans le dégagement du tronc. Mais enfin la partie la plus difficile est faite. — Vous apprendrez, au cours de ces leçons, quels moyens vous devrez employer pour terminer l'accouchement.

Et maintenant, revenons à cette question qui m'a été posée à propos de notre dernière céphalotripsie : *Pourquoi n'avez-vous pas appliqué la céphalotripsie répétée sans traction*? — Simplement, parce qu'elle n'était pas applicable à ce cas.

L'objection la plus sérieuse qu'on fit lorsque je proposai

cette méthode me fut faite par Cazeaux, qui était assurément un des accoucheurs les plus remarquables et les plus instruits. Il me dit : « Certes, il y a du bon dans votre méthode, mais elle présente un inconvénient des plus graves, *celui de prolonger le travail.* L'argument était sérieux, car l'opinion générale était, et est encore aujourd'hui, que la prolongation du travail augmente de beaucoup, pour la femme, les risques de l'infection puerpérale. Je répondis à l'objection *pour les rétrécissements extrêmes*; pour les rétrécissements modérés, elle était valable, je n'avais rien à répondre. Dans ces dernières conditions, en effet, on peut généralement accoucher la femme en une heure. Mais, d'ordinaire, on n'est appelé pour faire la céphalotripsie qu'après que la femme a déjà subi plusieurs applications de forceps, *applications indispensables.* Car nul n'a le droit d'affirmer, *a priori*, qu'il est impossible d'amener un enfant vivant. Le travail dure donc déjà depuis un certain temps. Or, vous pouvez débarrasser la femme en une heure, et vous emploieriez une méthode qui, nécessairement, va exiger plusieurs heures ! Où serait l'utilité?

Aussi disais-je, dimanche, au moment où je m'apprêtais à opérer : je vais appliquer le céphalotribe et si j'ai le bonheur — malheureusement on ne l'a pas toujours — d'obtenir une prise solide, je tenterai l'extraction. La tête fut très bien saisie du premier coup et je procédai aux tractions, comme je le fis remarquer à M. le chef de clinique, *avec force*, mais *sans violence.* Il faut déployer de la force, mais une force *contenue* et *continue.* Et nul ne peut se douter, à voir l'homme qui opère ainsi, de l'intensité de l'effort qu'il produit. La courbature du *lendemain* et des jours suivants en est la preuve la plus évidente. La pratique, du reste, vous renseignera à ce sujet mieux que je ne saurais le faire. C'est pour cela que je dénie aux femmes la somme de forces nécessaires pour de pareilles opérations. Forces contenues, comme l'avait si bien compris Mme Lachapelle, cette femme si intelligente, et qui a laissé des mémoires si pleins de remarques pratiques. Elle disait : *lenteur, continuité, attention, tâtonnements même, voilà les*

conditions sans lesquelles on ne doit jamais faire marcher l'emploi de la force, en obstétrique.

Et c'est sur l'un de ces termes, celui de *continuité*, que je désire attirer tout spécialement votre attention. Il est le principe de toutes les interventions obstétricales. C'est celui sur lequel j'ai basé moi-même la délivrance, il vous évitera de provoquer des accidents qui auraient des conséquences dont vous pouvez juger la gravité par l'état de la femme qui est au nº 4 de la gynécologie (1). N'oubliez jamais ce mot, *continuité ;* tenez-en compte dans vos interventions obstétricales, et vous réussirez dans des cas où d'autres échoueront.

Je me résume :

Quand vous ferez une application de céphalotribe dans un bassin moyennement rétréci, suivez les principes que j'ai observés moi-même et que je vous ai indiqués. Les branches bien appliquées, vous procéderez au rapprochement des mors, très lentement, de manière à imprimer peu à peu leur empreinte sur la tête, de façon, pourrait-on dire, à faire mordre l'instrument. Vous vous opposerez, en outre, à l'échappement de la tête fœtale par les pressions mesurées que vous ferez exercer sur le fond de la matrice. Le broiement effectué, rappelez-vous qu'il faut faire tourner la tête, pour placer le diamètre aplati dans le sens rétréci du bassin. Puis vous procéderez aux tractions, tractions énergiques mais *contenues* et *continues*. Quand la tête sera arrivée sur le périnée, vous ne serez pas surpris de constater qu'elle décrit, en entraînant le céphalotribe, un mouvement de rotation. La tête dégagée, reste le tronc. Là encore, vous vous heurterez à des difficultés, mais de second ordre et que j'espère vous apprendre à surmonter. Surtout, n'allez pas tirer imprudemment sur le cou,

(1) Cette femme a été apportée à la clinique trois jours après être accouchée. Elle avait encore le délivre dans la matrice. Déjà, il existait des signes bien évidents d'infection. Toutes les tentatives faites en vue de l'extraction du placenta ont échoué. Et, malgré des injections intra-utérines antiseptiques faites d'une façon méthodique, la patiente a succombé quinze jours environ après son entrée à l'hôpital. R. L.

si vous ne voulez courir le risque d'une *décollation intempestive*, accident qui ne serait guère de nature à ajouter à votre considération et à votre réputation d'accoucheur habile.

Leçon du 5 *décembre* 1885 (suite).

Messieurs,

Il est survenu chez notre opérée un accident que j'ai déjà observé une fois sur les 9 cas de céphalotripsie que j'ai pratiquée pour des rétrécissements extrêmes du bassin. En raison du séjour prolongé de la tête, peut-être aussi en raison des manœuvres réitérées pratiquées en ville, et même des tractions que j'ai faites, il s'est produit une fistule. Or, j'ai fait une remarque : *c'est que les fistules qui s'établissent après un accouchement dans les rétrécissements, pourvu que l'intervention ait eu lieu en temps utile, n'ont pas généralement les dimensions de celles qui sont dues aux compressions exercées par le séjour prolongé de la tête fœtale même dans les bassins bien faits.* Je me souviens, en particulier, d'un cas dans lequel une sage-femme eut l'intelligence de laisser la tête *trente-deux heures* à la vulve. Quinze jours après, une vaste eschare, intéressant la vulve et le vagin, se détachait, laissant à la place du conduit génital une sorte d'antre qui dégageait une horrible fétidité. Néanmoins, tout se répara, mais l'entrée du vagin conserva des dimensions extraordinaires.

La première fois qu'il m'arriva de faire passer un fœtus à terme dans un bassin de 0,05 centimètres, je dois vous dire que personne n'accepta la possibilité du fait, pas plus Dubois, Cazeaux, Chailly que les autres. Jusqu'alors, en effet, la règle était qu'on pratiquât l'opération césarienne, le passage d'un fœtus à terme, dans un bassin de 5 centimètres, étant considéré comme impraticable. Quand je fis part de mon observation à ces grands accoucheurs, ils me firent la réponse *que j'avais dû, sans doute, me tromper dans mes mensurations.* Comme je ne pouvais rien opposer aux objections que l'on me faisait (ma cliente ayant eu de bonnes suites de couches) que la conviction où j'étais d'avoir pris des mesures exactes, il

pouvait rester, du moins pour les autres, une part de doute. J'avais mesuré le rétrécissement à l'aide d'une méthode assurément excellente, et que je recommandais, il y a bien longtemps, dans mes cours. Elle consiste à apprécier la distance qui sépare la symphyse pubienne de l'angle sacro-vertébral, à l'aide de deux, trois (suivant le besoin) doigts placés de champ ; connaissant exactement la largeur de ses doigs, on peut ainsi déterminer, à un millimètre près, le degré du rétrécissement.

Or, deux ans après, j'eus, je ne dirai pas la bonne fortune, mais enfin l'occasion de vérifier la justesse de mes mensurations. La femme dont il a été question, de nouveau enceinte, vint, suivant les recommandations que je lui avais faites, au septième mois de sa grossesse à la clinique, pour qu'on la fît accoucher. Je suppléais alors P. Dubois, M. Tarnier était chef de clinique. Nous provoquâmes l'accouchement. La dilatation du col étant faite, nous constatâmes une présentation du tronc. Nous essayâmes, en temps opportun, de faire la version. Mais ni M. Tarnier, ni moi, nous ne pûmes y parvenir. On pouvait bien entroduire la main dans la matrice, mais c'était tout. L'évolution fœtale était absolument impossible. M. Tarnier alla chez M. Charrière père chercher des instruments nécessaires pour l'embryotomie. Or, pendant son absence, je terminai l'accouchement par une opération qu'on ne connaissait pas alors. Je fis, sans le savoir, comme M. Jourdain faisait de la prose, ce qu'on appelle aujourd'hui la version bi-polaire. Avec une pince introduite dans la matrice et une main à l'extérieur, je pus saisir la paroi abdominale du fœtus, le faire évoluer, grâce à des tractions que je combinais à des pressions exercées par ma main restée libre, à travers la paroi abdominale. Quand M. Tarnier revint, il trouva le fœtus sur le lit, ce qui lui causa quelque surprise. Or, notre accouchée quitta la clinique, dont l'état sanitaire laissait à ce moment beaucoup à désirer. Malheureusement, elle n'échappa pas à l'épidémie puerpérale qui sévissait alors. Huit ou dix jours plus tard, elle succombait en effet à des accidents puerpéraux.

L'examen cadavérique permit, à deux ans de distance, de vérifier les mensurations que j'avais faites, et de prouver, cette fois pièces en mains, à P. Dubois et Cazeaux, qu'elles étaient absolument exactes. Il y avait cinq centimètres moins deux millimètres environ.

Chez la femme du n° 41, certes, il n'existe rien de semblable. C'est un rétrécissement moyen d'environ 8 centimètres, et c'est pour cela que je n'ai pas fait la céphalotripsie répétée sans tractions. On cite, en ce moment, une céphalotripsie pratiquée par un agrégé de l'École, dans un bassin de 0,05 centimètres. Mais il ne s'agit ici que d'un fœtus de 7 mois, ce qui change absolument les conditions. Et, en réalité, la céphalotripsie, en pareil cas, ne comporte pas de grandes difficultés. La femme du n° 41 est sortie de l'hôpital en bonne santé, sauf la petite fistule qui sera opérée dans quelques mois.

HYDROPISIE CONSIDÉRABLE DE L'AMNIOS.

PERSISTANCE DE LA POCHE DES EAUX ; IMPOSSIBILITÉ DE FAIRE LE DIAGNOSTIC DE LA PRÉSENTATION. — CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE.

Je veux profiter d'un fait qui s'est passé, il y a deux jours, pour vous donner un conseil qui, certainement, vous sera de la plus grande utilité durant toute votre carrière obstétricale.

Jeudi matin, comme j'arrivais à l'hôpital, la sage-femme en chef me dit : *Nous avons, à la salle d'accouchements, une femme chez laquelle nous ne connaissons pas la présentation. Les membranes sont fortement tendues, proéminentes, et il nous a été impossible de savoir ce qu'il y a derrière.* Or, beaucoup de personnes, en pareil cas, les sages-femmes surtout, poussées par une curiosité hâtive, s'empressent de rompre les membranes pour savoir tout de suite ce qu'elles cachent. Prenez garde ! c'est là *la plus grande faute que l'on puisse commettre. Par cette manœuvre, si innocente en apparence, vous pouvez tuer, du coup, et la mère et l'enfant.*

Lorsqu'on s'avise de rompre la poche des eaux avant que

la dilatation du col ne soit faite, si l'on constate la présence de la tête fœtale ou du siège au niveau du détroit supérieur, il n'y aura probablement pas d'accidents à regretter. Mais s'il arrivait, au contraire, que ce fût le tronc qui se présentât, comment sortiriez-vous de ce mauvais pas ?

Il va falloir attendre que l'orifice soit dilaté, et c'est le tronc qui va être chargé d'amener cette dilatation. Elle ne s'effectuera que lentement et à condition que l'épaule s'engagera de plus en plus. Or, pendant ce temps, le liquide amniotique s'écoule, et l'utérus se rétracte sur le fœtus comme un gant sur une main, selon la juste expression de Velpeau. La version peut dès lors être devenue impossible. C'est ainsi que la vie de l'enfant, qui aurait pu être sauvée, est également irrévocablement sacrifiée. Quant à celle de la mère, elle est en péril. Il convient donc d'être parfaitement fixé sur ce que vous devrez faire dans les cas analogues.

Je vais vous dire quelle conduite nous avons suivie jeudi. Je l'ai apprise de mon maître P. Dubois, et j'y ai beaucoup réfléchi. J'ai compris la sagesse de la méthode et je me la suis appropriée.

Vous êtes appelé auprès d'une femme en travail. Vous la touchez et vous constatez que *l'orifice n'est pas dilaté*. Les membranes sont extrêmement distendues ; elles bombent fortement et vous avez la sensation qu'elles renferment beaucoup de liquide. D'ailleurs, le volume du ventre est en rapport avec l'idée d'un hydramnios. Après avoir constaté qu'il vous est impossible d'atteindre la partie fœtale qui se présente, n'hésitez pas. Placez la femme au lit, avec un fort coussin sous le siège. Dans ces conditions, le liquide amniotique, poussé par la contraction, porte moins sur les membranes, et *il y a ainsi des chances pour qu'elles restent intactes jusqu'à ce que le col soit complètement dilaté.*

La dilatation est complète.

C'était le cas qui se présentait jeudi.

Vous faites mettre la femme en travers et le siège sur le bord du lit, en position obstétricale. Aujourd'hui, vous faites

donner le chloroforme. Au bout d'un certain temps, prenez quelques poils de la vulve et tirez, ce qui est très douloureux. J'ai appelé ça autrefois : « *Sonner à la porte.* » *Si rien ne répond*, si la femme ne se plaint pas, on entre, car la malade est anesthésiée. C'est ce que j'ai fait. Or, j'avais ôté mon habit, retroussé la manche de ma chemise et tout était prêt comme pour faire la version. J'avais, en outre, pour rompre les membranes, glissé sous mon index une plume d'oie. Le moyen est bon, et cela suffit, quoiqu'il soit vieux, pour qu'on le conserve. J'ai introduit la main *tout entière* et percé la poche des eaux. Il s'est écoulé une grande quantité de liquide verdâtre ; teinte fournie par le méconium. Puis j'ai trouvé la tête fœtale; mais elle m'a fourni, — ce qui m'est arrivé déjà plusieurs fois, — *la sensation que cette tête n'était pas celle d'un enfant vivant.* Elle était mollasse. Je fis constater par le chef de clinique et la sage-femme qu'il s'agissait bien d'une présentation du sommet. Dans ces conditions, je fis replacer la femme dans son lit, confiant à la nature le soin de terminer l'accouchement. A la fin de la visite, nous trouvâmes que la tête était à la vulve, et un quart d'heure après l'enfant était expulsé.

Il était mort et macéré, ce qui s'accordait bien avec la sensation que j'avais perçue.

Une remarque en terminant. L'expulsion d'un et surtout de plusieurs enfants morts et macérés, de suite, doit faire songer à la possibilité de l'existence de la syphilis chez le père, au cas où la mère paraîtrait indemne de vérole.

Je fus consulté, avant la guerre, par un médecin de l'Yonne, mon ancien élève, à propos d'une femme qui, enceinte cinq fois, n'avait mis au monde que des enfants macérés. La famille était désolée. Je dis à mon confrère : *il doit y avoir de la vérole là-dessous.* Soumettez vos deux clients, pendant trois ou quatre mois, à une médication mercurielle ; puis donnez-leur de l'iodure de potassium pendant sept à huit mois, en laissant, bien entendu, des intervalles de repos. Défendez absolument les rapports conjugaux. Le conseil fut strictement suivi.

Et, deux ans après, je recevais une lettre de mon confrère qui m'apprenait que sa cliente venait de mettre au monde un bel enfant vivant. Ce n'est du reste pas le seul fait de cette nature qui soit à ma connaissance.

Il faut savoir aussi que la vérole n'empêche pas toujours, tant s'en faut, d'avoir des enfants vivants. J'ai encore à la mémoire le fait d'une femme à laquelle son mari avait gracieusement donné la syphilis. Syphilis grave, qui lui avait « *détruit le nez* ». — Cette femme, enceinte plusieurs fois, n'amenait au monde que des enfants morts. Or, son mari étant décédé, elle se remaria avec un homme qui l'aimait, paraît-il, lorsqu'elle avait encore un nez, amour admirable, mais courageux. — Quoi qu'il en soit, la femme, devenue enceinte de son nouveau mari, mit au monde un enfant bien vivant et bien portant.

En résumé, quand vous verrez chez la même femme plusieurs accouchements donner naissance à des enfants morts, pensez à la vérole et traitez-la.

DE L'IRRIGATION CONTINUE

COMME TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DES INFECTIONS PUERPÉRALES.

Par le Dr **A. Pinard**, professeur agrégé, accoucheur de Lariboisière,
et **M. Varnier**, interne du service d'accouchements.

(Suite et fin) (1).

Nous avons à étudier successivement :

1° La disposition du lit sur lequel la femme est placée ;

2° La sonde et l'appareil irrigateur ;

3° Le liquide antiseptique employé, au point de vue de sa composition et de sa température ;

4° Les résultats obtenus à l'aide de cette méthode.

---

(1) Voy. *Annales de Gynécologie*, décembre 1885.

Disposition du lit sur lequel la femme est placée.

Pour obtenir un lit permettant d'une part de supporter un décubitus dorsal prolongé, d'autre part un écoulement facile et continu du liquide qui a servi à l'irrigation, nous avons adopté la disposition suivante :

Sur un lit en fer muni d'un sommier à lames métalliques flexibles parallèles et espacées de 15 centimètres deux matelas ordinaires repliés sur eux-mêmes sont placés bout à bout de telle façon qu'un interstice existe au milieu du lit entre les deux matelas. (Figures 1 et 2.)

Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide situé entre les deux matelas et dirigent le liquide dans un récipient disposé sous le lit.

De cette façon l'on peut reposer sur ce lit comme sur un lit ordinaire dont il ne diffère que par la scissure médiane et transversale.

Ce dispositif peut être appliqué partout et avec tous les lits possibles.

Sonde et appareil irrigateur.

Nous avons successivement employé la sonde intra-utérine en verre, modèle du professeur Tarnier, puis la sonde en celluloïde du Dr Budin. Ces deux sondes présentent des inconvénients. La sonde intra-utérine en verre est facile à introduire, même dix à douze jours après l'accouchement, mais elle ne possède à son extrémité antérieure que deux ouvertures latérales, de sorte que le liquide n'est nullement dirigé vers les parois antérieure et postérieure de l'utérus. Enfin, elle peut se casser lorsque la malade fait un mouvement brusque. Nous avons observé cet incident deux fois.

La sonde en celluloïde du Dr Budin ne peut se rompre, il

FIGURE 1.

FIGURE 2.

est vrai ; mais, sous l'influence d'un courant continu d'eau chaude, elle se ramollit et ses parois, en s'affaissant, ne permettent plus l'écoulement du liquide. De plus, son extrémité arrondie en rend l'introduction difficile quelques jours après l'accouchement ; l'on est obligé alors de prendre un petit modèle, mais le débit du liquide devient absolument insuffisant. Enfin, sa forme la rend très difficile à maintenir en place, le moindre mouvement la fait basculer sur le côté.

Nous ajouterons que, par suite de l'antéversion utérine physiologique, il est nécessaire, si l'on veut que la sonde pénètre jusqu'au fond de l'organe, d'en abaisser l'extrémité postérieure jusque sur la commissure postérieure de la vulve. La pression constante détermine à ce niveau des douleurs quelquefois intolérables.

Pour obvier à ces divers inconvénients, nous avons fait fabriquer par M. Raoul Mathieu une sonde qui présente les caractères suivants (fig. 3) : elle est en argent et à double courbure (courbure utérine et courbure périnéale) comme la sonde vésicale de Sims. Sa longueur est de 31 centimètres, ce qui est une longueur suffisante pour la pluralité des cas.

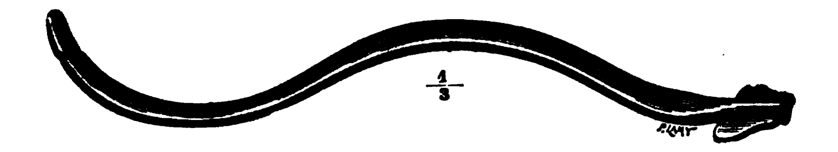


FIGURE 3.

Elle est aplatie comme la sonde intra-utérine en verre du professeur Tarnier. Son diamètre transversal est de 12 millimètres, son épaisseur, parois comprises, est de 7 millimètres, parois non comprises de 5 millim. 1/2.

Elle est pourvue à son extrémité utérine de quatre ouvertures, une antérieure, une postérieure et deux latérales.

Cette sonde nous paraît présenter les avantages suivants : étant en argent, elle ne peut se casser et on peut la flamber à

l'alcool. Par sa forme elle est facile à introduire et à maintenir en place. Sa double courbure permet d'atteindre le fond de l'utérus sans déprimer la commissure postérieure de la vulve.

En raison de son calibre, le jet est largement suffisant pour irriguer toute la muqueuse utérine.

On peut lui reprocher de n'être pas assez longue lorsqu'on est obligé de l'appliquer chez des femmes obèses, nous le reconnaissons (voir obs. 17).

Aussi avons-nous demandé à M. Mathieu de fabriquer pour ces cas exceptionnels des sondes en étain offrant le même calibre et les mêmes ouvertures, mais beaucoup plus longues et droites. Il sera facile de leur donner au moment de l'usage la longueur et les courbures nécessaires en rapport avec la situation des organes.

Appareil irrigateur.

Cet appareil se compose d'un réservoir en verre ou en faïence ; nous employons de préférence un tonnelet en faïence émaillée d'une contenance de 15 litres. La capacité du réservoir rend moins fréquente la nécessité du remplissage et la faïence permet au liquide de conserver une température presque constante.

Ce réservoir est placé à 50 centimètres environ au-dessus du plan du lit. Il est relié à la sonde à l'aide d'un tube en caoutchouc sur le trajet duquel se trouve un robinet qui permet de régler le débit du liquide. Dans nos observations le débit a été tel que le tonnelet se vidait en une heure en moyenne.

Liquide antiseptique employé ; sa composition et sa température.

Le liquide antiseptique que nous employons n'est pas le même pendant toute la durée du traitement.

Nous commençons par une solution de biiodure de mer-

cure à 1/2000e. (C'est le liquide, que, d'après les conseils du professeur Bouchard, nous employons exclusivement dans le service, depuis juin 1884, pour les toilettes des femmes, le lavage des mains de tout le personnel et les injections vaginales.)

Si cette solution n'a point, comme la liqueur de van Swieten, l'inconvénient de racornir, de tanner les muqueuses, elle produit au bout de quelques heures une sensation douloureuse que les femmes ne pourraient supporter longtemps. Aussi, dès que le canal utéro-vagino-vulvaire a été bien lavé avec la solution de biiodure, nous substituons à ce liquide la solution phéniquée à 1/100e.

Cette solution est continuée jusqu'au moment où la température est descendue à la normale et s'y maintient pendant quelques heures, ou bien lorsque les urines deviennent noires au moment de leur émission. Elle a pu être employée pendant 3 jours de suite sans aucun inconvénient. Du reste, nous n'avons jamais observé de phénomènes sérieux d'intoxication.

Enfin, nous substituons à la solution phéniquée la solution saturée d'acide borique, lorsque l'emploi continu de la première nous paraît dangereux.

Tous ces liquides sont portés à une température qui varie entre 35° et 40°. De cette façon, la contractilité de l'utérus est constamment irritée, la sensation produite est agréable, le refroidissement n'est pas à redouter, et enfin nous pensons que l'abaissement de la température ne peut être obtenu que par l'action antiseptique des liquides.

Résultats obtenus à l'aide de l'irrigation continue.

Nous avons appliqué l'irrigation continue dans 16 cas.

Quatre fois l'irrigation a été employée dans un but prophylactique, à la suite d'accouchements très laborieux terminés dans le service, mais après que des examens et des tentatives opératoires répétés avaient été faits en ville sans précautions antiseptiques.

Trois fois la guérison s'est faite sans fièvre, sans aucune réaction locale.

Une fois la mort est survenue par péritonite. Cet insuccès n'est pas imputable à la méthode, mais à la façon dont nous l'avons appliquée ; il nous a prouvé qu'il était nécessaire, pour mettre la femme complètement à l'abri des accidents septiques, d'irriguer à la fois l'utérus et le vagin et non pas seulement le vagin.

Voici ces quatre observations (1) :

Observation III.

Quatrième grossesse présentation du sommet O. I. G. T.; bassin rachitique ; diamètre promonto-pubien minimum, 7 1/2; deux applications infructueuses de forceps par un médecin de la ville; rupture du vagin et de l'utérus; accouchement terminé à l'hôpital, après dix-neuf heures de travail, par une application de forceps au détroit supérieur; enfant vivant; irrigation continue pendant dix jours; guérison sans fièvre.

Anaïs G..., 30 ans, couturière, entre le 29 septembre, à 7 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Pinard.

De très petite taille, manifestement rachitique, elle n'a marché qu'à 18 mois. Une déviation de la colonne vertébrale, survenue quelque temps après et pour laquelle on lui fit durant trois mois porter un appareil prothétique, vint l'arrêter, et elle ne put remarcher qu'à 2 ans 1/2. Depuis lors, bien qu'elle n'ait jamais été bien forte, elle n'a fait aucune maladie grave.

Réglée à 15 ans pour la première fois, sans douleurs, elle l'a toujours été régulièrement toutes les trois semaines pendant deux ou trois jours.

Elle a déjà accouché trois fois. En 1879, lors de sa première grossesse, M. Depaul la fit accoucher prématurément, à la clinique, quinze jours environ avant le terme. L'enfant se présenta par le siège, et l'on eut les plus grandes difficultés à extraire la tête ; il succomba

(1) Ne pouvant disposer dans le journal que d'un nombre limité de pages, nous n'avons pu, à notre grand regret, donner toutes les observations *in extenso* avec les courbes de température. Cette lacune sera comblée dans le tirage à part.

pendant le travail d'expulsion. M. Depaul recommanda expressément à G..., avant sa sortie, de venir se faire examiner au septième mois, chaque fois qu'elle deviendrait enceinte. G... ne tint aucun compte de ce conseil, et deux fois de suite elle accoucha chez elle spontanément et à terme, après douze heures de travail, d'enfants vivants se présentant par le sommet. L'un de ces enfants, le dernier, âgé de 2 ans, porte au niveau du pariétal gauche, un enfoncement encore visible qui, au dire de la mère, était bien plus marqué au moment de la naissance.

G... a cessé d'allaiter il y a neuf mois ; depuis lors, elle n'a jamais été réglée. La grossesse actuelle, qui n'a rien présenté d'anormal, paraît arrivée à terme. Les premières douleurs ont apparu le 29 septembre, à 1 heure du matin.

A 2 heures du soir, une sage-femme de la ville, appelée à assister G..., rompt la poche des eaux. A 7 heures du soir, le travail n'avançant pas, bien que la femme poussât depuis 3 heures de l'après-midi, un médecin fit successivement deux applications de forceps sans pouvoir extraire l'enfant. Ces deux applications de forceps donnèrent lieu à une hémorrhagie abondante et furent à ce point douloureuses que la malade perdit connaissance. C'est alors qu'on se décide à la faire transporter à l'hôpital, où elle arrive à 8 heures du soir.

Nous la trouvons dans l'état suivant : elle est très pâle, épuisée ; les extrémités sont froides ; le thermomètre, laissé un quart d'heure dans l'aisselle, marque 36°. Le pouls est petit, très lent.

Le ventre est irrégulier ; l'utérus, tétanisé, remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A trois ou quatre centimètres au-dessus du pubis, il offre une sorte de dépression transversale au niveau de laquelle la pression est très douloureuse. Le fœtus, vivant, se présente par le sommet, en O. I. G. T.

En écartant les lèvres de la vulve, on aperçoit de larges et profondes déchirures de la paroi vaginale postérieure, des lambeaux de muqueuse presque complètement détachés. Du sang noir s'écoule en assez grande abondance du vagin.

Par le toucher, on constate que la dilatation est complète, la tête amorcée au détroit supérieur, mais retenue par un promontoire très saillant. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 centimètres. Nous nous mettons en devoir de terminer promptement l'accouchement.

L'introduction des cuillers du forceps est assez pénible, tant la tête

est étroitement fixée au détroit supérieur. La rotation se fait d'elle-même, et après cinq minutes de tractions lentes et soutenues à l'aide des deux mains (la réduction de la tête étant portée petit à petit au maximum), on extrait un fœtus vivant, pesant 3,275 grammes. L'enfant extrait, il sort de l'utérus du sang noir mélangé de méconium.

Le travail a duré dix-neuf heures. La délivrance naturelle a lieu immédiatement après.

On fait aussitôt une irrigation intra-utérine avec la solution de biiodure à 1/2000.

Avec deux doigts introduits profondément dans le vagin, on arrive avec beaucoup de peine à sentir, très loin, le col, qu'on distingue difficilement des tissus avoisinants, tant il est dilacéré. Au niveau de la lèvre postérieure existe une déchirure profonde qui sépare une bride de 2 centimètres de large sur 1 d'épaisseur environ qu'on peut accrocher avec l'index.

A gauche et en arrière, au lieu du cul-de-sac du vagin, on rencontre une cavité anfractueuse, paraissant profonde et dans laquelle le doigt pénètre et se meut à volonté, sans qu'on puisse savoir où l'on va.

L'angle sacro-vertébral semble dénudé et le cul-de-sac postérieur du vagin défoncé. Le cul-de-sac latéral droit paraît moins endommagé; cependant, tout à fait à sa partie antérieure, on trouve une perforation dans laquelle l'index peut s'enfoncer au point d'arriver jusque sous la paroi abdominale, à 2 centimètres au-dessus de la branche horizontale du pubis, à droite.

Au palper, on sent l'utérus dans la fosse iliaque droite, mais on le délimite difficilement, à cause d'un empâtement général de cette région qui paraît dû à un épanchement sanguin considérable, probablement situé entre le péritoine et la paroi abdominale.

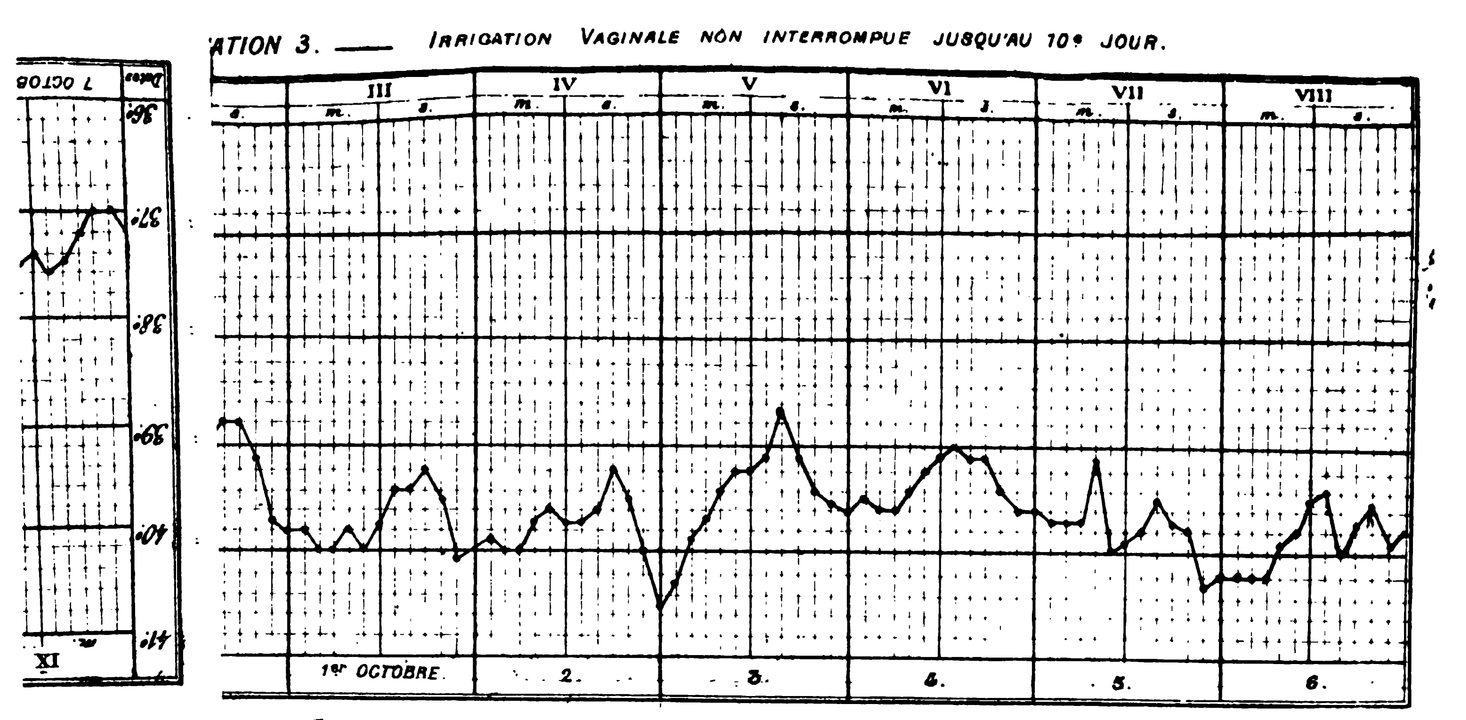
En résumé : rupture du vagin, déchirures profondes et multiples du col de l'utérus ; épanchement sanguin sous-péritonéal en communication avec le vagin.

La vessie ne paraît pas rompue, bien que le cathétérisme pratiqué aussitôt après l'expulsion de l'enfant ait donné environ 50 grammes d'urine sanguinolente.

La malade, aussitôt après la délivrance, est enveloppée de linges chauds; grog. Le pouls se relève assez rapidement.

Pas de symptômes de péritonisme; ventre peu douloureux, sinon au niveau de la fosse iliaque droite. Du sang noir continue à suinter par la vulve.

ATION 3. —— IRRIGATION VAGINALE NON INTERROMPUE JUSQU'AU 10e JOUR.



...e à 10h ½ du soir, solution phéniquée à 1 %. Du 1er Octobre à 10h ½ du soir jusqu'au 8 au matin.

OBSERVATION 3. (Suite)

Une heure après, la malade est transportée avec précaution dans la salle des accouchées. Quelques instants après, on la trouve avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il est mou, rempli de caillots ; l'alaise est également très tachée de sang. Le pouls est extrêmement rapide, petit, à un moment filiforme. État très inquiétant. On vide l'utérus et on pratique des injections chaudes. Quatre injections sous-cutanées d'éther. Champagne.

On éprouve une très grande difficulté à introduire la sonde de verre dans l'utérus ; son extrémité s'arrête au niveau du col. A un moment cependant, sans le moindre effort, elle disparaît tout entière dans le vagin ; nous croyons être dans l'utérus. Mais il est facile de s'assurer, par le palper, que tandis que l'utérus est fortement incliné à droite, dans la fosse iliaque, l'extrémité de la sonde de verre est sentie sous la paroi abdominale, à 5 centimètres au-dessus de l'arcade crurale à gauche. Nous faisons néanmoins passer par la sonde un litre de solution de biiodure à 1 p. 2,000 qui revient bien.

Vers 2 heures du matin, F... est reprise de lipothymies et de nausées ; il ne s'écoule cependant pas de sang par la vulve, et l'utérus ne s'est pas de nouveau développé. Cet état inquiétant dure une heure. Piqûres d'éther, champagne, boules chaudes, élévation des membres inférieurs. Le reste de la nuit se passe bien.

Le 30 au matin, l'état général s'est amélioré ; le pouls est encore rapide, mais plus plein qu'hier. M. Bar, qui quitte le service le jour même, examine la femme à la visite du matin et constate les désordres multiples que nous avons rapportés plus haut. A midi, G... est transportée au service d'isolement et, à l'aide d'une canule vaginale droite en verre, on fait pendant dix jours de l'irrigation continue.

Guérison sans aucune complication, sans fièvre, sans la moindre réaction locale.

La courbe de la température en dit plus sur la marche de la cicatrisation de cette énorme plaie anfractueuse que tout ce que nous pourrions ajouter.

G... n'est autorisée à quitter le lit que le 20 octobre, mais dès le 11 elle peut être considérée comme guérie.

Le 1er novembre, l'examen du vagin montre le col reformé, les culs-de-sacs libres, l'utérus mobile. La lèvre postérieure du col est divisée en deux par un sillon profond qui se prolonge en arrière sous

forme d'une cicatrice descendant sur la ligne médiane du cul-de-sac postérieur. Le ventre est partout entièrement souple.

G... sort guérie le 2 novembre. Nous l'avons revue depuis, à la consultation, en parfait état. L'enfant allait bien.

Observation IV.

Secondipare; bassin rétréci; diamètre promonto-sous-pubien, 10 1/2; *tête inclinée arrêtée au détroit supérieur en O. I. G. T.; plusieurs examens pratiqués en ville pendant le travail par une sage-femme et un médecin; accouchement terminé artificiellement après onze heures de travail; trois applications de forceps très laborieuses faites par M. Pinard; irrigation continue antiseptique commencée immédiatement après la délivrance et continuée pendant six jours; pas de fièvre traumatique; aucune réaction locale.*

J..., 25 ans, journalière, entre, le 1er décembre 1885, à 2 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard.

Belge d'origine, elle a eu une enfance très maladive et n'aurait marché qu'à l'âge de 7 ans.

Réglée pour la première fois à 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis, toutes les trois semaines, pendant deux ou trois jours.

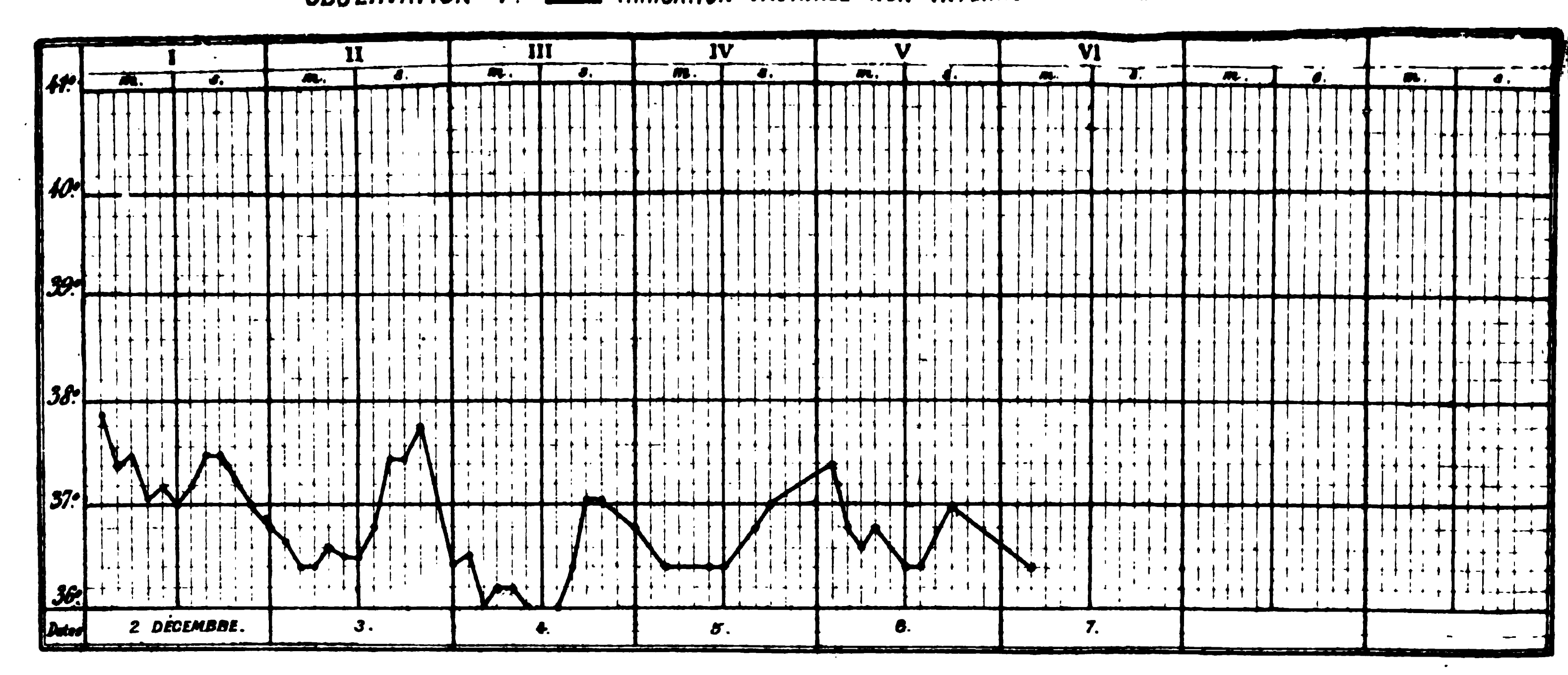
En 1883, elle accouche, à terme, pour la première fois, à la Maternité de Bruxelles. Le travail a duré deux jours et n'a pu être terminé que par une application de forceps.

L'enfant, dont elle ignore le poids, a vécu jusqu'à 18 mois. Lorsque J... sortit de l'hôpital, on lui recommanda, si elle devenait de nouveau enceinte, de se faire examiner au septième mois.

Devenue enceinte pour la seconde fois au commencement de cette année (ses dernières règles sont du 18 février) elle alla, il y a deux mois, consulter, dans un hôpital de Paris, où l'on méconnut le rétrécissement du bassin. On lui assura qu'elle pouvait laisser aller sa grossesse à terme; ce qu'elle fit.

Les premières douleurs apparaissent à 10 h. du matin le 1er décembre. Elle se présente vers midi à l'Hôtel-Dieu, d'où on l'envoie chez une sage-femme agréée. Là elle insiste de nouveau sur les difficultés qu'a présentées son premier accouchement. La sage-femme l'examine, reconnaît le rétrécissement du bassin et envoie J... à l'hôpital Lariboisière.

OBSERVATION 4. — IRRIGATION VAGINALE NON INTERROMPUE JUSQU'AU VI^e JOUR.



L'examen pratiqué à l'entrée révèle les particularités suivantes :

Femme de taille moyenne, sans autre déformation rachitique apparente qu'une saillie anormale de la crête tibiale dans ses deux tiers supérieurs, jointe à une courbure à concavité antéro-interne. Les fémurs sont peu touchés.

Utérus régulièrement développé ; fœtus vivant se présentant par le sommet en O. I. G. T. La tête, fortement inclinée, est mobile au détroit supérieur. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 1/2.

Le col est effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 5 francs. La poche des eaux est intacte.

A 5 heures du soir, le 1er, la dilatation est complète, la tête est toujours arrêtée au détroit supérieur. La poche des eaux est alors rompue artificiellement, mais la tête ne desceud pas.

A 9 heures du soir, le travail n'ayant fait aucun progrès et la femme étant très fatiguée, M. Pinard fait une première application de forceps.

Les deux cuillers étant placées sur les deux oreilles, l'articulation est impossible en raison de l'inclinaison exagérée de la tête. L'instrument est alors retiré et les deux branches réappliquées : l'une directement en avant, l'autre directement en arrière, mais la saillie de l'angle sacro-vertébral rend encore l'articulation difficile. Retirant une seconde fois les cuillers, M. Pinard les réapplique en faisant disparaître l'inclinaison de la tête. L'articulation est alors facile, et, à l'aide de tractions lentes et continues, la tête s'engage et apparaît à la vulve. Au fur et à mesure de la descente, les branches du forceps s'inclinèrent de façon à devenir parallèles à la cuisse gauche. L'occiput se dégagea en arrière.

L'enfant, du sexe masculin, né en état de mort apparente, pesant 3,800 grammes, est assez rapidement ranimé, mais il reste somnolent et comateux jusqu'au lendemain.

Principaux diamètres de la tête, mesurée le lendemain matin, lorsqu'elle a repris sa forme :

O. F......	12 1/2
O. M......	13 1/2
B. P......	10
B. T......	9
S. O. B....	11

Délivrance naturelle à 10 h. 30.

Immédiatement après, J... est transportée au service d'isolement,

chambre n° 2, et soumise à l'irrigation continue antiseptique vaginale, employée ici dans un but prophylactique. Nous ignorons, en effet, dans quelles conditions ont été pratiqués les examens subis en ville par la femme J... ; d'autre part, ce n'est pas sans déchirures de la muqueuse vaginale ni sans contusions des parois de la filière qu'on a pu mener à bien trois applications laborieuses de forceps qui n'ont abouti que grâce à une réduction considérable du volume de la tête fœtale. Nous prétendions, par l'irrigation continue vaginale, appliquer sur la vulve un pansement analogue au pansement de Lister, qui permît à ces plaies de se réunir par première intention. L'examen de la courbe montre que nous avons pleinement réussi. J... et son enfant sortent guéris, le 12 décembre.

OBSERVATION V (résumée).

Alphonsine Y..., 26 ans, secondipare, à terme, entre à l'hôpital le 4 janvier 1886, à 8 heures du soir (chambre d'isolement n° 3). Elle est en travail et les membranes sont rompues depuis deux jours. L'enfant se présentant par le siège, des tentatives d'extraction sont faites le 4 janvier au matin, par une sage-femme de la ville ; le tronc est amené au dehors, mais la tête reste dans les parties génitales. Après des tentatives réitérées d'extraction, la sage-femme administre 2 grammes de seigle ergoté. Un médecin fait sans succès deux applications de forceps. C'est dans cet état que Y... est amenée à Lariboisière. M. Pinard reconnait que l'obstacle est dû à une hydrocéphalie considérable ; il extrait, à l'aide d'une sonde introduite par le canal rachidien, 1,500 grammes de liquide. Le fœtus est alors extrait sans difficulté. Délivrance naturelle. Les applications de forceps ont déterminé des déchirures multiples du vagin et du col. Immédiatement après la délivrance, on commence l'irrigation intra-utérine, qui est continuée sans interruption pendant cinq jours. Guérison sans fièvre traumatique. La température n'a pas une seule fois atteint 38°.

OBSERVATION VI (résumée).

Claudine Ch..., 21 ans, secondipare, enceinte de sept mois. Insertion vicieuse du placenta. Présentation du siège. Hémorrhagie grave. Tamponnement incomplet appliqué en ville par un médecin et une sage-femme. L'hémorrhagie continue. La femme arrive à l'hôpital

très anémiée ; après enlèvement du tampon, qui exhale une odeur infecte, on trouve le col encore long mais perméable, et le doigt sent les cotylédons placentaires. Rupture artificielle des membranes; l'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Le fœtus est expulsé une heure après. Délivrance une heure après; rétention complète des membranes, qui sont expulsées le soir même. Aussitôt après la délivrance, la femme est soumise à l'irrigation continue *vaginale*. Septicémie ; au cinquième jour seulement, les accidents s'accentuant malgré l'irrigation vaginale, nous commençons l'irrigation intra-utérine. Mort par péritonite le neuvième jour.

L'irrigation continue a été appliquée comme traitement curatif de l'infection puerpérale dans les 12 cas suivants qui nous ont donné 8 guérisons et 4 morts.

Cas suivis de guérison.

Observation VII.

Primipare; placenta sur le segment inférieur; hémorrhagies; avortement à 8 mois ; le placenta, très adhérent, reste dans l'utérus; début de septicémie; délivrance artificielle; irrigations intra-utérines et vaginales continues; début de phlegmatia le treizième jour; guérison.

La femme Breton, 22 ans, cuisinière, entre, le 25 mai 1885, à 7 heures du matin, chambre d'isolement, n° 4.

De bonne constitution, bien conformée, irrégulièrement réglée, elle est enceinte pour la première fois; elle a eu ses dernières règles le 8 novembre. Sa grossesse est arrivée sans encombre au terme de 6 mois. Le 8 mai, sans cause apparente, elle est prise d'une hémorrhagie peu abondante, qui s'arrête spontanément pour reparaître le 23 mai. Cette fois encore, la perte de sang fut minime et l'écoulement ne tarda pas à s'arrêter. Le 25, à 4 heures du matin, nouvelle hémorrhagie plus persistante que les deux premières. En même temps apparaissent les douleurs de l'enfantement. A 7 heures du matin, le même jour, la femme se présente à l'hôpital. Elle continue à perdre du sang. Les douleurs sont fréquentes.

Au toucher, on trouve le col effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 1 franc.

On sent, au niveau de la moitié gauche de l'orifice, le bord du placenta ; au travers des membranes épaisses on arrive sur la tête qui ballotte.

L'hémorrhagie continuant, on rompt artificiellement les membranes, et immédiatement l'écoulement sanguin cesse pour ne plus se reproduire.

A 3 heures du soir, le 25, expulsion spontanée, sans hémorrhagie, d'un enfant du sexe féminin, qui meurt quelques instants après. Le travail avait duré onze heures.

L'utérus revient en partie sur lui-même; mais la délivrance ne se fait pas; par le toucher on sent une petite portion du placenta engagée dans le col ; mais l'engagement ne fait aucun progrès sous l'influence des contractions utérines et des efforts de la femme. On exerce sur le cordon quelques tractions très légères qui restent inefficaces.

Injection intra-utérine antiseptique d'une demi-heure de durée toutes les heures. A 10 heures du soir, les choses sont dans le même état. L'interne et la sage-femme introduisent successivement la main dans l'utérus et reconnaissent que le placenta est très adhérent.

M. Pinard, prévenu, prescrit de ne rien faire jusqu'au lendemain, à moins qu'il ne survienne une hémorrhagie. Injections vaginales antiseptiques toutes les heures.

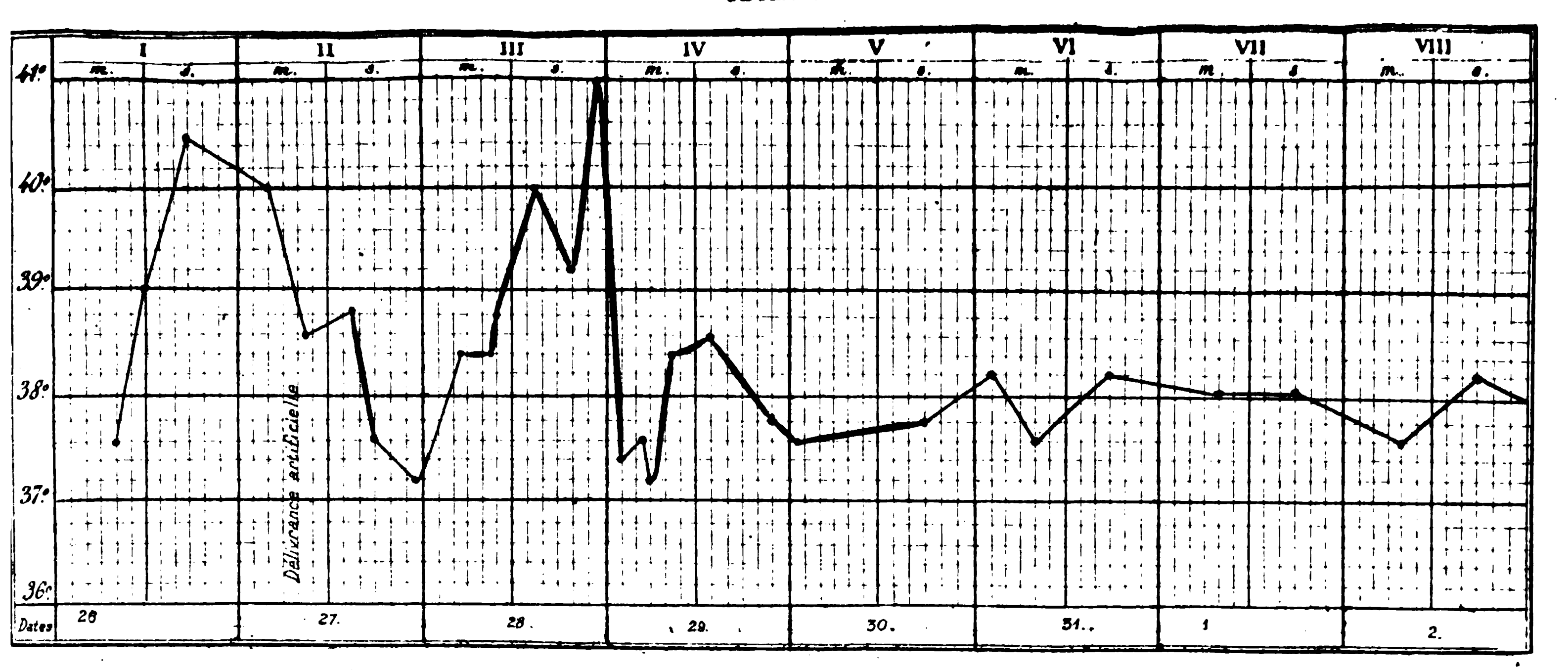
Le 26, au matin, température, 37°. Pouls normal.

L'état général est bon; l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis, son fond est incliné à droite. Au toucher, on trouve le col reformé, très perméable; on arrive aisément sur la petite portion du placenta qui, décollée, a franchi l'orifice interne. Mais, en portant le doigt un peu plus profondément, on constate que le décollement n'a pas fait de progrès.

M. Pinard exerce sur le cordon quelques tractions qui restent inefficaces. Comme il n'y a pas de phénomènes de septicémie, ni d'hémorrhagie, il décide qu'il n'y a pas lieu de faire la délivrance artificielle, et prescrit des irrigations antiseptiques d'une demi-heure de durée toutes les heures. On fait passer chaque fois dans l'utérus environ 10 litres de solution au biiodure de mercure, étendue de moitié d'eau chaude.

A midi, la température atteint 39°; le soir, à 5 heures, 40°; le pouls s'accélère; céphalalgie intense ; pas de frisson; le ventre reste

OBSERVATION 7.



Les gros traits indiquent les périodes d'irrigation continue.

OBSERVATION 7 (Suite)

plat, et non douloureux, soit spontanément, soit à la pression; sinon au niveau même de l'utérus. Tranchées fréquentes.

Pas de modification dans l'état du col, un peu de fétidité des lochies. On fait, pendant la nuit, des injections vaginales antiseptiques. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 27. 4 heures du matin, T., 40°. A 2 heures du matin, 38°,5.

En présence de l'état général, de la putréfaction des parties décollées du placenta, des phénomènes de résorption constatés hier, et de l'insuffisance des injections intra-utérines intermittentes, M. Pinard se décide à pratiquer la délivrance artificielle. Le col se laisse franchir assez facilement, mais le décollement du placenta est extrêmement difficile; il faut sculpter, pour ainsi dire, la paroi utérine, et le doigt ne sent que d'une façon confuse les limites du placenta, qui est extrait par morceaux en une dizaine de fois. Il reste encore, au niveau de la partie gauche du segment inférieur de l'utérus, une masse saillante, tomenteuse, mais M. Pinard nous fait remarquer que ces sensations sont fournies par le relief de l'insertion placentaire. L'opération faite sans chloroforme paraît très douloureuse.

Après l'extraction du placenta, la cavité utérine est bien lavée avec la solution antiseptique; M. Pinard prescrit 1 gramme de sulfate de quinine, des irrigations intra-utérines très fréquentes et l'application d'un gros tampon antiseptique sur la vulve.

De 1 heure à 6 heures, irrigation intra-utérine continue, tantôt avec la solution de biiodure, tantôt avec la solution d'acide phénique à 1/100e, toutes deux étendues de trois fois leur volume d'eau.

Le récipient est élevé de 50 centimètres au-dessus du niveau du lit, et l'écoulement du liquide est très lent. La malade n'éprouve aucune sensation pénible, elle est seulement très fatiguée vers 6 heures.

4 heures. T., 37°,4; à 6 heures, on cesse l'irrigation. La malade mange avec appétit.

De 8 à 10 heures 1/2 du soir, irrigation continue; à 11 heures, T., 37°,2; pouls normal; l'écoulement lochial n'a aucune fétidité. On fait toute la nuit, d'heure en heure, des injections vaginales antiseptiques, et on surveille la température qui reste normale jusqu'au matin.

Le 28. A 7 heures du matin, T., 38°,4, le pouls s'accélère un peu, on reprend l'irrigation continue à 6 heures 1/2 et on ne la cesse qu'à 3 heures de l'après-midi.

9 heures du matin, 38°,4; 10 heures, 38°,8; pouls, 116. 50 cent.

sulfate quinine, pas de frisson, pas de fétidité des lochies. Lavement ; à 3 heures, 50 cent. sulfate quinine.

L'irrigation est reprise à 4 heures 1/2. A 6 heures, la température à légèrement baissé, 39°,6, mais le pouls reste rapide. 50 cent. sulfate quinine. A 8 heures, 39°,2 ; pouls, 120.

10 heures 1/2 du soir, grand frisson de vingt minutes, avec claquement de dents, état syncopal ; T., 41° ; P., 160.

Le 29. A 3 heures du matin, la température tombe à 36°,4 et reste ainsi jusqu'à 6 heures 1/2, où elle atteint 38°,3 ; le pouls bat 90 fois par minute. L'état général est excellent.

Injection vaginale continue de 8 heures du matin à 10 heures du soir (on ne la suspend qu'au moment des repas).

A partir du 30 on cesse les irrigations ; la malade est convalescente. L'écoulement lochial, tout à fait dépourvu d'odeur, est normal ; le ventre, plat, n'est nullement douloureux, l'involution utérine s'accomplit régulièrement.

6 juin. On permet à B... de se lever.

Le 7. La température monte un peu, le 8 également, le soir, 38°,2. La malade accuse, au niveau du mollet gauche, des douleurs qu'augmente la pression. Le membre inférieur gauche a sensiblement augmenté de volume et le cou-de-pied est œdématié. La température locale est également plus élevée que celle du côté opposé. Compresses sur le membre, trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. En deux ou trois jours, tous ces phénomènes disparaissent.

Sort guérie le 19 mars.

Revue le 5 juillet en parfait état ; vient réclamer un bas élastique pour un œdème léger du cou-de-pied gauche. (Pas d'albumine.)

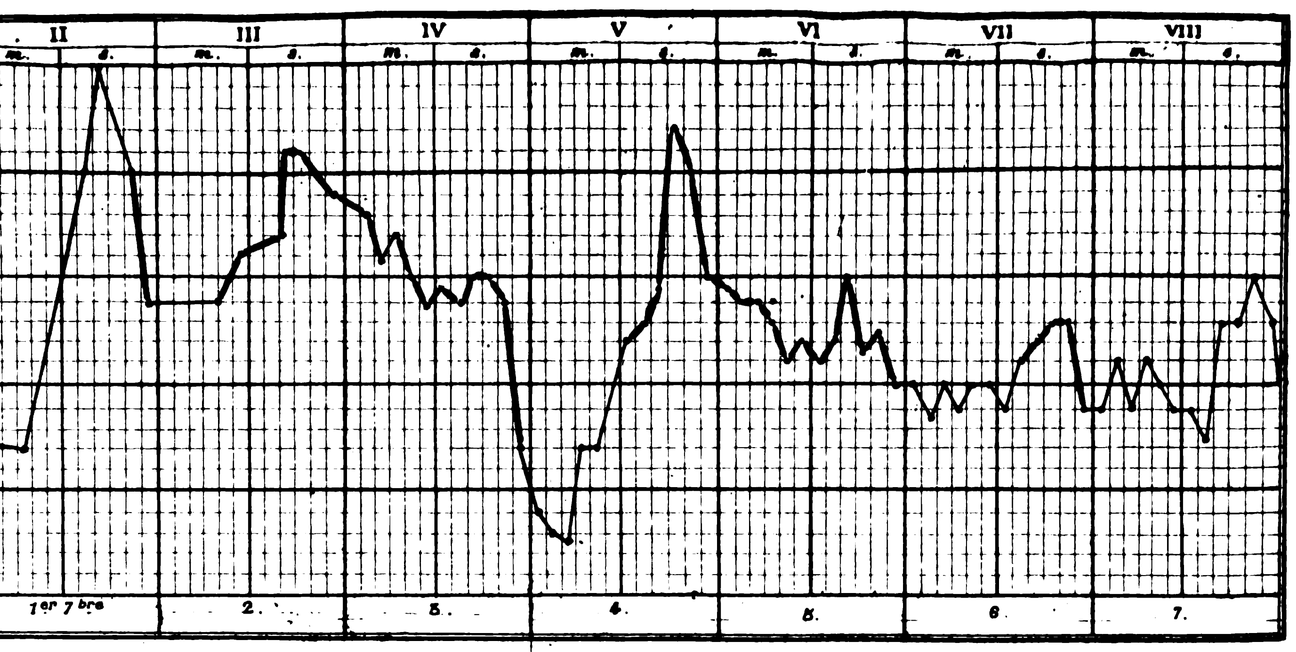
Observation VIII.

Primipare ; accouchement et délivrance en chemin de fer ; septicémie puerpérale débutant le second jour ; irrigation intra-utérine antiseptique continue ; guérison en onze jours.

X..., 21 ans, domestique, entre le 30 août 1885, à 8 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 14, service de M. le Dr Pinard, suppléé par M. le Dr Bar.

Primipare, enceinte de sept mois environ, ne sentant plus son enfant remuer depuis douze jours environ, elle venait à Paris pour y

OBSERVATION 8.



...t les périodes d'irrigation continue.

OBSERVATION 8 (Suite)

IX. X. XI XII XIII XIV XV XVI

m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s.

8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.

faire ses couches ; mais elle fut surprise par la rapidité du travail et accoucha en chemin de fer, entre Rueil et Nanterre, dans un compartiment où elle se trouvait seule. A la gare de Nanterre, un médecin lui donne des soins, pratique la délivrance et déclare que l'enfant est mort depuis plusieurs jours. Aussitôt après la délivrance, qui n'a été suivie d'aucun lavage, X... est remise dans le train et, à son arrivée à Paris, est amenée en voiture à l'hôpital, où on la trouve dans l'état suivant : utérus rétracté, vagin rempli de caillots. État général excellent, sauf un peu de fatigue. On pratique immédiatement une irrigation intra-utérine d'une demi-heure de durée avec la solution de biiodure de mercure à 1 p. 2,000. Après une toilette minutieuse, une compresse trempée dans la solution antiseptique est appliquée sur la vulve. Toutes les trois heures on fait une injection vaginale.

Malgré ces précautions, à 4 heures de l'après-midi, le deuxième jour, survient un frisson violent avec claquement de dents. La malade se plaint d'une céphalalgie intense ; le ventre n'est douloureux ni spontanément ni à la pression. L'écoulement lochial n'a aucune odeur. Respiration fréquente ; pouls 120.

La malade est transportée au n° 3 des chambres d'isolement et soumise à l'irrigation continue intra-utérine.

La courbe de la température est une des plus démonstratives que nous possédions. Nous la donnons comme type.

Après trois jours d'irrigation intra-utérine, interrompue seulement de 11 heures 1/2 du soir, le 31 août, à 8 heures du matin, le 1er septembre (interruption suivie d'une réascension de la courbe), la température retombe à la normale. L'irrigation est alors arrêtée de 11 h. 1/2 du soir, le 2, à midi, le 3.

On voit, malgré les lavages vaginaux faits toutes les heures et une injection intra-utérine, la température remonter, et, malgré la reprise de l'irrigation à midi, s'élever le soir à 40°,4. Mais, à partir de ce moment, la courbe descend graduellement.

Le 5, au soir, l'irrigation est encore une fois abandonnée. La malade paraît convalescente. Le résultat ne se fait pas attendre. Le 6, au soir, 39° ; le 7, 39°,5 ; le 8, 41°.

On refait l'irrigation continue intra-utérine ; en douze heures, la température redescend à la normale. On maintient le traitement deux jours encore, au bout desquels la guérison est définitive.

X... sort de l'hôpital, en parfait état, le 20 septembre.

OBSERVATION IX.

Cancer du col de l'utérus; avortement de 6 mois; septicémie consécutive; irrigation continue; guérison des phénomènes septicémiques. (Observation recueillie dans le service de M. le Dr Duguet.)

Amélie Clém..., couturière, 32 ans, entre, le 26 août 1885, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, lit n° 21 (service de M. Duguet).

Cette femme, dont le père est mort d'un cancer de l'estomac, a toujours été bien portante jusqu'à il y a six mois.

Bien réglée jusqu'au mois de mars dernier, elle a cessé de voir ses règles à partir de cette époque jusqu'au mois de juin, où elle eut une métrorrhagie abondante. Depuis lors, elle a perdu du sang à plusieurs reprises et à intervalles assez rapprochés; à la fin de juillet, nouvelle métrorrhagie plus sérieuse que les précédentes. Alternant avec ces pertes sanguines, la malade avait un écoulement leucorrhéique roussâtre exhalant une odeur fétide. L'appétit se perdait; il survint rapidement de l'amaigrissement, une coloration jaunâtre des téguments, une altération marquée de la santé générale.

Elle entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Duguet, suppléé par M. Ballet; l'examen révèle l'existence d'un cancer du col de l'utérus. Le col est remplacé par un énorme champignon fongueux, saignant facilement, qui remplit presque entièrement le vagin.

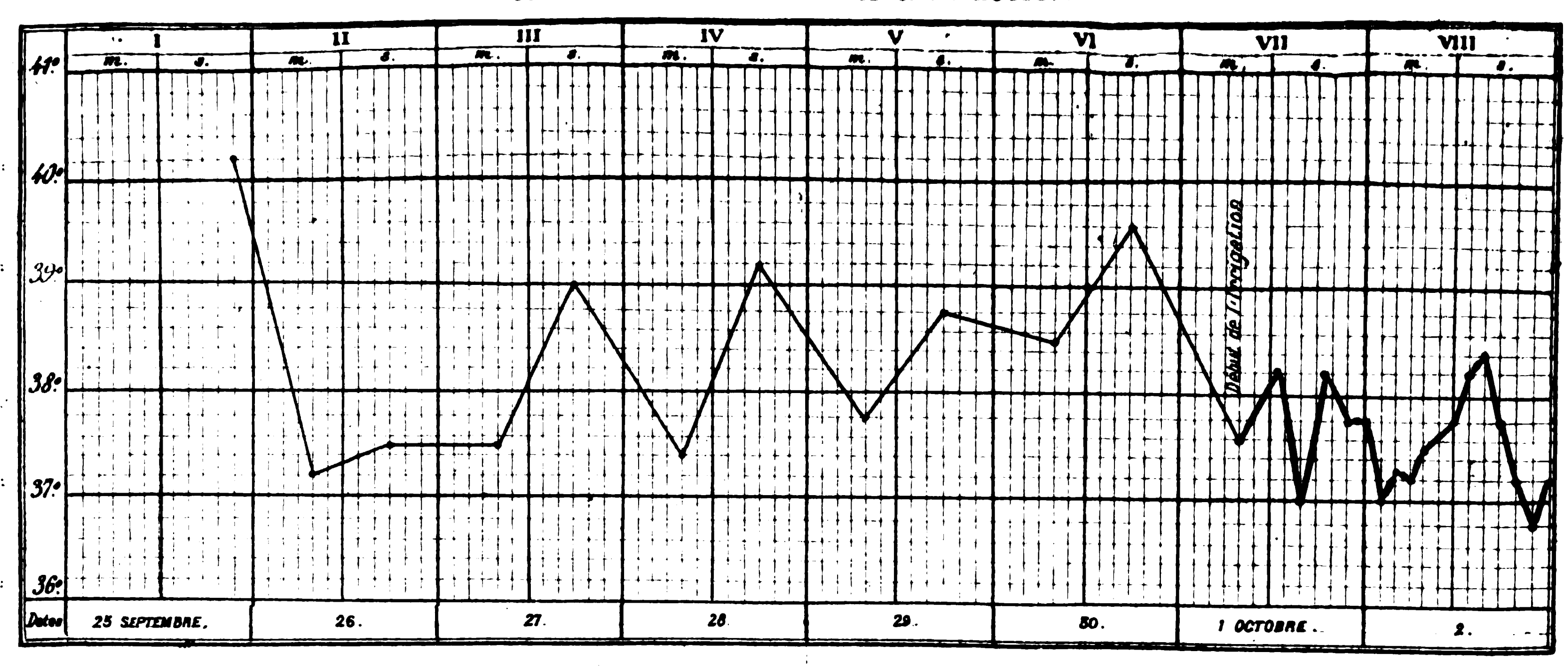
Le 25 septembre au soir, C..., qui depuis le matin a une métrorrhagie, est prise d'un violent frisson avec claquement de dents, qui dure environ un quart d'heure. La température atteint 41°. État typhoïde. A 8 heures du soir, expulsion d'un fœtus mort, non macéré, d'environ 6 mois, qui se présente par le sommet. Délivrance naturelle un quart d'heure après. Pendant la délivrance, le champignon cancéreux fait saillie à la vulve; on peut constater, par la vue et le toucher, l'existence d'une grande déchirure latérale gauche.

Sous l'influence d'une irrigation intra-utérine avec la solution de sublimé à 1 p. 2,000, à une température de 48°, l'écoulement sanguin s'arrête rapidement.

Du 26 septembre au 1er août, le traitement a été le suivant : injections vaginales toutes les deux heures avec la solution phéniquée à 1/100, ou la solution de biiodure de mercure à 1 p. 2,000.

Injections intra-utérines matin et soir avec les mêmes liquides antiseptiques.

OBSERVATION 9. — SERVICE DE Mr DUGUET.



OBSERVATION 9 (Suite)

IX X XI XII XIII XIV XV XVI

m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s.

41° 40° 39° 38° 37° 36°

Dates 3 OCTOBRE. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Malgré cela, l'écoulement vaginal devient sanieux et exhale une odeur fétide ; l'état général devient mauvais. Le pouls oscille entre 120 et 140.

La température du soir atteint, le troisième jour, 39° ; le quatrième jour, 39°,2 ; le sixième, 39°,6, avec une rémission complète le matin. Langue sèche. Diarrhée. Rétention d'urine. Ni douleurs, ni ballonnement du ventre. L'utérus reste volumineux.

Le 1er octobre, les phénomènes septicémiques se sont tellement accentués que M. Feulard, interne du service, nous prie de voir avec lui la malade et de la soumettre à l'irrigation continue.

L'irrigation est commencée le 1er octobre, à 1 heure de l'après-midi ; ce jour-là, la température maxima du soir ne dépasse pas 38°,2 ; le lendemain, elle ne monte pas au-dessus de 38°,4. En même temps survient, dans l'espace de douze heures, une amélioration notable de l'état général ; l'odeur de l'écoulement vaginal a également disparu.

Le 3. La femme étant un peu fatiguée, l'irrigation est suspendue, de 1 heure du matin à 2 heures de l'après-midi ; l'effet ne tarde pas à se faire sentir ; la température du soir atteint 39°,5, chiffre qu'on n'avait plus noté depuis le 30 septembre. Puis l'irrigation étant continuée, on observe une chute graduelle de la température qui revient rapidement à la normale pour remonter, comme le montre la courbe, chaque fois que l'on suspend l'irrigation continue.

L'irrigation est définitivement abandonnée le 10 octobre, à 4 heures du soir, la malade étant franchement convalescente depuis deux jours déjà. L'utérus est encore un peu gros ; le col est remonté dans le vagin ; l'écoulement n'a presque plus d'odeur ; le champignon cancéreux a naturellement conservé son volume, mais il ne saigne plus au moindre contact, comme avant l'avortement.

C... se trouve suffisamment améliorée dans les premiers jours de novembre pour rentrer chez elle. Nous ne l'avons plus revue.

Observation X.

Aline P..., 19 ans, primipare, à terme. Présentation du siège. Accouchement spontané chez une sage-femme agréée de l'hôpital Saint-Antoine. Délivrance naturelle suivie de la formation d'un énorme thrombus du vagin qui est perforé par la sage-femme. P... est envoyée le lendemain à l'hôpital Lariboisière par M. le Dr Bar, qui est chargé

du service en l'absence de M. Pinard. Suppuration du thrombus, septicémie. Irrigation continue à l'aide de deux sondes, dont l'une est placée dans le vagin et l'autre dans la cavité du thrombus ; l'irrigation est maintenue du 6 au 25 septembre. Guérison.

OBSERVATION XI.

R..., 27 ans, primipare, entrée le 3 octobre 1885. Présentation du siège. Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies à répétition pendant les quinze derniers jours de la grossesse. Hémorrhagie grave le 3 au matin. Pendant tout ce temps R... est assistée par une sage-femme qui a, le matin même, essayé en vain d'arrêter l'hémorrhagie. R... arrive à l'hôpital à 3 heures du soir dans un état d'anémie profonde. Rupture immédiate artificielle de la poche des eaux à la dilatation comme 50 centimes. Accouchement spontané deux heures après sans nouvelle hémorrhagie d'un enfant mort qui se présente par le siège. Septicémie débutant le lendemain. Malgré le traitement classique, les accidents s'aggravent et la température continue à monter. Elle atteint le deuxième jour 40°,2. Irrigation intra-utérine pendant dix-sept jours. Guérison.

OBSERVATION XII.

Mina G..., 28 ans, secondipare. Avortement de 3 mois, chez elle. Le placenta reste dans l'utérus. Entrée à l'hôpital trois jours après. Écoulement vaginal fétide, état général mauvais, pouls 120 ; température prise à l'arrivée, le matin, 38°. Septicémie. Embolie pulmonaire, phlegmatia gauche. Manie puerpérale. Irrigation continue intra-utérine pendant sept jours. Guérison.

OBSERVATION XIII.

A..., 35 ans, enceinte pour la quatrième fois. Avortement de 4 mois, chez elle. Rétention du placenta. Entrée à l'hôpital quinze jours après l'avortement pour des accidents de septicémie lente qui ne cèdent pas aux injections intra-utérines intermittentes associées aux injections vaginales faites toutes les heures. Irrigation continue intra-utérine. Guérison en six jours.

OBSERVATION XIV.

Marguerite N..., 25 ans, primipare. Présentation du sommet O. I. D. P. Accouchement à 8 mois 1/2, le 12 décembre à 5 heures du soir, dans le service. Enfant vivant. Délivrance naturelle.

Le lendemain soir 13, grand frisson. Température axillaire, 40°. Injection intra-utérine au biiodure de mercure (10 litres de solution à 1/2000°). Injections vaginales toutes les deux heures. Le 14 au matin, 38°,2; injection intra-utérine. A midi et demi, 40°. Symptômes de métro-péritonite. A 1 heure de l'après-midi on commence l'irrigation continue qui est continuée pendant dix jours sans interruption. Guérison.

Cas suivis de mort.

OBSERVATION XV.

Marie S..., 21 ans, primipare. Avortement de 3 mois, chez elle, le 18 octobre 1885. Rétention du placenta. Entrée à l'hôpital à 1 heure du matin, le 19. Traitement : injections vaginales toutes les deux heures, trois injections intra-utérines par jour. Néanmoins, la température reste entre 38 et 39°, et le soir du troisième jour survient un grand frisson. Température axillaire, 39°,7 ; P., 160; R., 60. Pleuro-péricardite.

S... est immédiatement soumise à l'irrigation intra-utérine. En trente heures la température retombe à la normale et y reste pendant quatre jours. Le deuxième jour le placenta est expulsé ; il est entièrement dépourvu d'odeur. Les phénomènes locaux et généraux s'atténuent progressivement, et le matin du quatrième jour après le début de l'irrigation la malade est convalescente. On cesse l'irrigation. Le soir une embolie de la fémorale gauche se produit en même temps que se manifestent les symptômes d'une thrombose cardio-pulmonaire. Mort le cinquième jour au matin dans un accès d'orthopnée.

A l'autopsie, faite par M. le Dr Duguet, on trouve deux caillots dans le cœur droit et dans le cœur gauche ; le fragment qui s'est détaché de ce dernier s'est arrêté à la bifurcation de la fémorale. La cavité utérine, les vaisseaux et les annexes de l'utérus sont sains.

Observation XVI.

(Recueillie dans le service de M. le professeur Bouchard.)

D..., 41 ans. Avortement de 4 mois et demi, en ville. Rétention du placenta. Septicémie, péritonite ayant débuté le 4e jour. D... entre, 8 jours après son avortement, dans le service du professeur Bouchard, qui a bien voulu nous charger du traitement. Irrigation continue intra-utérine pendant treize jours. Mort. A l'autopsie, péritonite enkystée.

Observation XVII.

B..., 34 ans, tertipare. Accouchement à terme. Présentation de épaule. Apparition des premières douleurs le 21 novembre, à 6 heures du matin. Rupture artificielle des membranes par une sage-femme de la ville le 21, à minuit. Le 22 novembre, vers 4 heures du soir, la sage-femme et un médecin font la version podalique. Le tronc est assez aisément extrait, mais la tête ne peut l'être, malgré des tractions à ce point énergiques que la colonne cervicale est fracturée à sa partie moyenne. On fait alors plusieurs applications de forceps sans résultat. C'est alors seulement que B... est transportée à l'hôpital, le 22, à 9 heures du soir. Sous la seule influence des contractions utérines et des efforts de la femme, la tête est expulsée spontanément pendant le trajet. Lorsqu'à son arrivée dans la salle la femme est placée sur le lit, elle expulse, avant qu'on ait eu le temps de l'examiner, le placenta et les membranes, qui sont projetés à 30 centimètres de la vulve. L'examen pratiqué à ce moment nous montre des déchirures profondes du vagin et du col de l'utérus. Aucune description ne saurait donner une idée de l'état dans lequel se trouvait cette malheureuse femme. Immédiatement nous introduisons, aussi loin que possible, la sonde utérine en argent. Mais l'obésité de la malade, l'élévation et l'antéversion considérable de l'utérus font que l'extrémité de la sonde ne peut dépasser l'orifice interne du col. La température, qui déjà à l'entrée atteignait 38°,2, monte constamment, malgré l'irrigation, et atteint, dès le lendemain soir 23, 39°,7 et le 24, à 2 heures du matin, 40°,5. A partir de ce moment, la température reste à 40°. La septicémie suit son cours. Le 5e jour, on incise et on draine un énorme phlegmon gangreneux de la fosse ischio-rectale qui s'est développé en quelques heures. La mort survient le soir même par septicémie suraiguë. C'est en prévision de cas semblables que

nous avons prié M. Mathieu de fabriquer des sondes en étain très longues et malléables.

Observation XVIII.

La femme qui fait le sujet de cette observation est la seule qui, du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1886, ait succombé à la septicémie contractée dans notre service. Voici dans quelles circonstances elle a été inoculée :

Reine M..., 19 ans, primipare, à terme. Présentation du siège S. I. D. P. Accouchement spontané quelques instants après son arrivée dans le service, le 25 novembre, à 3 heures du soir. L'interne, qui venait de panser la malade de l'observation XVII, se trouvant seul à ce moment, est obligé d'intervenir pour dégager la tête de l'enfant, ce qu'il fait après s'être désinfecté les mains avec soin. Délivrance naturelle. Le lendemain, après un frisson, la température atteint 39°; malgré des injections vaginales faites toutes les heures avec la solution de biiodure de mercure à 1/2000e et une injection intra-utérine prolongée matin et soir, la température continue à monter et atteint, le troisième jour 28, à 5 heures, 40°.

M... est alors soumise à l'irrigation continue intra-utérine (solution phéniquée 1/100e). A partir de ce moment, la température descend graduellement, et, le 2 décembre, est redevenue normale. Les phénomènes généraux se sont amendés parallèlement Il n'existe aucune localisation abdominale. Nous enlevons la canule utérine qui contond douloureusement (vu l'absence de courbure périnéale) la commissure postérieure de la vulve. L'irrigation est continuée avec une simple canule vaginale. La température remonte alors progressivement; la rechute devient évidente. Le 3 décembre, à 6 heures du soir, 39°,9 ; à 11 heures 1/2, 40°,3; à 1 heure du matin, 41°,2. Nous réintroduisons la sonde dans l'utérus à 3 heures du matin. La courbe redescend alors graduellement pour atteindre, le 7 décembre, la normale. La température reste normale matin et soir jusqu'au 9. La malade est convalescente. L'irrigation vaginale est une seconde fois, et pour la même raison, substituée à l'irrigation utérine. Température du soir, 38°,8; le lendemain, 39°,6. La sonde est remise une troisième fois dans l'utérus.

11 décembre, 41°,2 ; le 12, la température oscille entre 40° et 41°. Mort le 13 avec 41°,5 et au milieu de symptômes ataxo-adynamiques.

L'*autopsie* a été faite par M. Legendre, interne du professeur Bouchard. On n'a trouvé aucune autre lésion qu'un abcès du volume d'une noix, situé en partie dans la paroi utérine, en partie dans le bord correspondant du ligament large, à l'union du corps et du col.

En quoi notre méthode diffère-t-elle de celle des accoucheurs qui ont, avant nous, employé ce moyen de traitement? Sommes-nous passibles des reproches qui leur ont été adressés? Ces questions nous amènent à exposer rapidement l'historique de l'irrigation continue.

Quoique passant brièvement sur la période antélistérienne de l'irrigation continue, nous ne pouvons cependant ne pas insister sur *son origine française.*

Percy, Lombard et Larrey montrèrent les avantages qu'on pouvait retirer de l'emploi de l'eau pure ou additionnée d'alcool, ou d'extrait de saturne, d'alun, de sel, dans le traitement des plaies.

Ce moyen fut bientôt, sous l'influence des doctrines de Broussais, considéré par les chirurgiens comme le remède antiphlogistique par excellence.

Mais l'inflammation résistant assez souvent à l'application intermittente de l'eau qui ne tardait pas d'ailleurs à s'échauffer au contact de la plaie, Josse père (1) (d'Amiens) et Bérard jeune, à peu près à la même époque, vers 1833, imaginèrent de soumettre les plaies (fractures compliquées et écrasement des membres) à l'irrigation continue par l'eau froide.

Le mémoire de Bérard qui parut en janvier 1835 dans les *Archives générales de médecine* (2e série, t. VII, p. 1), commença la fortune de l'irrigation continue des plaies.

Après avoir revendiqué contre Josse, Rognetta et Breschet, la priorité de la découverte, Bérard expose le principe de sa méthode.

« Les topiques réfrigérants, dit-il, ont été employés de

---

(1) Rognetta. *Bull. gén. de thérap.*. 3e année, mars 1834.

tous temps pour prévenir ou combattre l'inflammation. Mais un abaissement passager de la température n'aura de succès qu'autant que la cause ou le principe de l'irritation offrira peu d'intensité; autrement, dès que le moyen répercussif sera interrompu, l'affluence du sang vers la partie blessée se fera avec d'autant plus d'énergie que la réaction que le froid provoque joindra son influence à celle qui résulte de la blessure elle-même. »

Il se servit pour irriguer les plaies d'un seau qui, suspendu au-dessus de la partie à refroidir, faisait tomber l'eau à l'aide d'un ou plusieurs siphons de verre d'un très petit diamètre sur la région recouverte d'un simple linge ayant pour but de disséminer l'eau sur toute la surface à refroidir. Un morceau de taffetas ciré, placé sous le membre, préservait le lit d'une inondation et conduisait dans un vase, situé à côté du lit, la portion d'eau non évaporée. Le seau se vidait en cinq ou six heures. Le liquide employé était, quelle que fût la saison, *de l'eau de pompe, quelquefois aiguisée d'un peu d'alcool camphré*. L'irrigation était continuée de six à quinze jours, selon la gravité de la blessure.

Les résultats furent merveilleux dans douze cas, et Bérard terminait son mémoire en disant : « *L'irrigation continue d'eau froide est un moyen héroïque et infaillible* pour prévenir et combattre l'inflammation dans les cas de lésions traumatiques les plus graves et qui provoquent ordinairement de très violents accidents inflammatoires. Je n'ai pas eu occasion d'essayer l'irrigation après une amputation; mais je crois fermement que ce moyen préviendrait la plupart des accidents locaux et généraux que cette opération entraîne trop souvent, en même temps qu'il favoriserait la réunion par première intention, mode de pansement si avantageux quand il est appliqué avec succès. »

Bérard avait d'ailleurs, nous insistons sur ce point, entrevu la possibilité de l'application de l'irrigation continue aux cavités naturelles. C'est ainsi que son observation VI a trait à une taille sus-pubienne pour un calcul vésical. Il fit de l'irri-

gation continue d'eau froide dans la vessie. Le malade mourut d'épuisement au bout de trente-six heures. On ne trouva à l'autopsie ni inflammation, ni infiltration d'urine.

Les accoucheurs de l'époque ne suivirent pas Bérard dans la voie qu'il leur ouvrait. On n'en était pas encore arrivé à considérer l'accouchée comme une blessée, et la plaie utérine comme susceptible d'être traitée par les mêmes procédés que les plaies chirurgicales. Sans vouloir rechercher si la crainte de produire des accidents en pratiquant des injections intra-utérines ne fut point la seule raison qui retint les accoucheurs, nous constatons que l'irrigation continue resta exclusivement chirurgicale. Elle régna en maîtresse pendant quelque temps.

Avec Valette et Lamorier en France, Langenbeck en Allemagne et Liston en Angleterre, l'irrigation ou le bain continus entrent dans une phase nouvelle : on cherche à soustraire la plaie à l'action de l'air, à assurer le libre écoulement du pus, à l'empêcher d'être résorbé et d'infecter l'économie.

Valette va même jusqu'à employer des mélanges d'eau de Pagliari et d'eau glacée, d'eau simple et d'eau créosotée, d'eau alcoolisée, de solutions étendues de perchlorure de fer. On s'achemine lentement vers l'irrigation ou le bain continus antiseptiques à l'aide desquels nous allons voir le professeur Verneuil chercher à neutraliser les effets d'un poison qui infecterait l'économie tout entière si on l'y laissait pénétrer. Déjà, en effet, on commence à entrevoir la filiation des accidents des grandes plaies. Pupier (1) dans sa thèse inspirée par Valette, dit à ce propos (page 49) : « Maintenant il est opportun de rappeler que la plupart des accidents consécutifs des grandes plaies semblent se grouper autour d'un même état morbide, l'inflammation, dont ils ne sont que des nuances, des degrés divers. Nous avons admis la transformation de l'érysipèle traumatique en phlegmon diffus, nous avons vu naître

(1) *D'un traitement consécutif spécial des amputations comme moyen d'obvier aux accidents des grandes plaies.* Th. de Paris, 1855.

l'infection purulente de la stagnation du pus dans les clapiers, les gaines celluleuses : *ce serait là le dernier terme d'une conception nosologique dont la fièvre traumatique serait le premier.* Qu'on nous permette de relier de cette manière toutes les manifestations inflammatoires consécutives aux amputations et nous aurons, pour les prévenir, une prophylaxie certaine dans le moyen que nous proposons. *Il suffira, en effet, de détruire la fièvre traumatique pour conjurer à la fois la phlébite, l'angioleucite, les érysipèles, les phlegmons et la pyohémie.* Oserons-nous dire que l'épreuve clinique semble déjà justifier notre assertion. »

L'irrigation ou le bain continus ainsi compris battent leur plein au moment de la guerre de Sécession.

« Il y a vingt ans, écrit M. Verneuil en 1879, j'étais, comme tout le monde, partisan de l'irrigation continue et je m'en servais presque exclusivement dans les plaies contuses de la main, du poignet et de l'avant-bras. »

Peu à peu, cependant, on renonce à l'irrigation continue d'eau froide, insuffisante dans certains cas, d'une application difficile dans d'autres. On cherche dans une autre voie la solution du grand problème de la prophylaxie des accidents des plaies. C'est ainsi que M. Verneuil, qui, dès 1856, avait employé le bain permanent comme succédané de l'irrigation continue, le préconise de nouveau en 1870, mais dans un but tout autre qu'autrefois.

Il ne s'agit plus d'antiphlogistique, ni de préserver exclusivement les plaies du contact de l'air. Des substances antiseptiques sont ajoutées à l'eau du bain pour neutraliser les effets du poison, qui, résorbé, donne lieu à la septicémie et à la pyohémie.

M. Verneuil propose cette nouvelle méthode dans les cas où le pansement de Lister reste impuissant à enrayer les accidents qu'entraîne la résorption du pus; pour les plaies qui ont déjà donné lieu à des débuts d'accidents de septicémie et de pyohémie.

Les résultats de ce bain continu ou prolongé antiseptique

furent exposés par le chirurgien de la Pitié dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* de 1879 (1). Mais il n'était guère applicable qu'au membre supérieur.

Aussi, pour étendre les bienfaits de ce mode de pansement aux autres régions du corps et à quelques cavités naturelles, *parmi lesquelles la vulve et le vagin*, M. Verneuil eut recours à la pulvérisation antiseptique prolongée ou continue. (*Archives générales de médecine*, 1883, t. I.)

Le but qu'il se proposait se trouve précisé de la façon la plus nette : « L'immersion dans les liquides antiseptiques ne possède pas seulement les propriétés préventives ; elle a le pouvoir peut-être encore plus précieux d'arrêter la septicémie à marche chronique et même la forme aiguë de cette maladie. »

Nous pensons avoir suffisamment démontré que l'irrigation continue, inventée par Josse et Bérard, est devenue, par les soins du professeur Verneuil, l'irrigation, la balnéation ou la pulvérisation continue antiseptique.

C'est à un Allemand, Schücking (1), assistant à la clinique gynécologique de Halle, que revient l'honneur d'avoir appliqué le premier à l'obstétrique la méthode de l'irrigation continue antiseptique qu'il associa au drainage de Schede et Langenbuch.

« En présence des résultats du pansement de Lister, dit-il, les accoucheurs et les gynécologues ont été appelés à chercher une méthode analogue au pansement par occlusion pour l'appliquer aux plaies des parties génitales de la femme. Je crois avoir trouvé dans une modification de l'irrigation permanente un préservatif absolument sûr contre la septicémie puerpérale. J'ai, par ce procédé, traité cinq femmes après des accouchements très laborieux et trois cas de fièvre puerpérale. Toutes les premières sont restées exemptes de fièvre le soir et

(1) *Arch. de médecine*, 1879, t. II, p. 17.

(2) *Eine streng antiseptische Behandlung der Puerperal wunden.* (*Centralbl. für Gynäkologie*, 28 avril 1877, n° 3, p. 33.)

n'ont pas dépassé 38°,4. Les trois atteintes d'accidents septiques graves guérirent sous le traitement en peu de temps. »

Schücking se servait pour ses irrigations d'un gros cathéter de métal ouvert à son extrémité, et flanqué d'un drain également métallique percé de nombreuses ouvertures et destiné à jouer le rôle de soupape de sûreté en permettant le retour du liquide.

L'appareil est entouré d'une sorte de chemise de gaze antiseptique destinée à maintenir le liquide désinfectant en contact permanent avec toutes les portions de la membrane interne de l'utérus et du vagin, d'empêcher l'engorgement du cathéter et d'assurer l'antisepsie, lorsque l'écoulement du liquide subit une interruption.

L'accouchée repose sur un bassin percé ou sur un matelas de caoutchouc.

Le cathéter introduit immédiatement après l'accouchement, Schücking faisait d'abord un grand lavage avec une solution phéniquée à 5 p. 100, puis l'irrigation était ensuite entretenue avec une solution de : sulfate de soude, 10 parties ; glycérine, 5 parties ; eau, 100 parties ; solution suffisamment désinfectante.

Winckel (1) à Dresde, en 1878, Spiegelberg et Schröder adoptent cette méthode en la modifiant, et Fritsch (2) en étend l'emploi à la gynécologie.

Bretke (3), pour la prophylaxie et le traitement de la fièvre puerpérale, donne la préférence à l'irrigation continue sur toutes les autres méthodes de traitement.

Les résultats obtenus par Schröder ont été publiés par Thiede (4), qui a utilisé de la même façon l'action antiphlogistique de l'eau froide (1880). Rappelant les résultats excellents obtenus par Veit et par lui-même, à l'aide de l'irrigation de

(1) *Pathol. u. Ther. d. Wochenbettes*, 1878.
(2) *Centralblatt f. Gynäk.*, 1879, n° 18.
(3) *Berl. kl. Wochenschrift*, 1879, n°s 50 et 51.
(4) *Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk.*, t. V, p. 87.

l'utérus (1879), il ajoute : « Il ne fallait pas de bien nombreuses observations pour arriver à la conclusion que l'irrigation avec drainage permanent est préférable dans les maladies un peu longues aux irrigations isolées, qui ont l'inconvénient de nécessiter l'introduction trop fréquente des mains et des instruments. »

Grâce à un drain placé en permanence auquel on pouvait à volonté adapter le tuyau d'un irrigateur, il a pu, avec *Veit*, faire faire par les infirmières des irrigations toutes les deux heures. Ils ont pu ainsi abaisser la mortalité dans les cas graves.

Mais ils ne se sont pas arrêtés là.

Sur les conseils de Schröder, Thiede a entrepris d'établir un mode de drainage permanent analogue à celui proposé par Schücking.

La malade étant placée sur une couche de caoutchouc analogue à celles qu'on emploie pour les paralytiques incontinents, c'est-à-dire dont la partie centrale est disposée en forme d'entonnoir, le tube à drainage est introduit dans l'utérus et relié, à l'aide d'un long tuyau, à l'irrigateur placé au pied du lit.

Au drain en caoutchouc à traverses recommandé par Schede et qui est difficile à maintenir dans l'utérus, il a substitué un cathéter ordinaire en étain du plus fort calibre. Le débit de l'eau est réglé de telle façon qu'un irrigateur de 5 litres n'est épuisé qu'au bout d'une heure.

Après avoir constaté dans les cas graves l'insuffisance des solutions phéniquées à 1 et à 3 0/0 à la température moyenne, par suite de l'envahissement du tissu conjonctif et des vaisseaux des annexes, et pour combattre plus énergiquement le développement du processus pathologique, il en est arrivé à remplacer la solution ordinaire par de l'eau glacée contenant une faible proportion d'acide phénique qu'il supprime même, lorsque tout indique que le mal rétrocède.

De cette façon, l'arrêt et la rétrocession de la maladie ont été obtenus fréquemment, souvent même dans des cas tout à

fait désespérés. Lorsque les irrigations entreprises dès le début restaient sans effet, et que l'affection conservait son caractère de gravité, lorsque le pronostic devenait des plus sombres, les symptômes indiquant que les lésions n'étaient plus bornées à la muqueuse, l'emploi de l'eau glacée amenait la guérison en peu de temps.

Thiede a employé l'irrigation permanente dans tous les cas où, pendant le travail, existe une fièvre violente avec frissons, de la tympanite utérine, etc. Il la commence alors immédiatement après la délivrance.

Dans d'autres cas, il essaie d'abord de couper la maladie par des irrigations isolées associées au seigle ergoté, lorsqu'en dehors de lésions des organes externes l'endométrite septique se révèle par l'existence de douleurs au niveau de l'utérus, d'une fièvre violente et de frissons. Si, après 24 heures, il n'y a pas une amélioration considérable, il commence l'irrigation permanente.

En attaquant la maladie dès le début, il a souvent réussi à la vaincre en deux jours ; dans d'autres cas, il a continué les irrigations sans interruption pendant 4 à 5 jours. Si, malgré tout, la maladie fait des progrès, s'il existe par exemple des symptômes évidents de péritonite, toute thérapeutique locale devient inutile.

Thiede fait suivre sa communication d'un appendice dans lequel il envisage l'application de l'irrigation permanente à la gynécologie.

Des cliniques d'Olshausen, de Winckel et surtout de Schröder, l'irrigation continue ne tarda pas à se répandre en Allemagne et à l'étranger. Freund à Strasbourg, Breisky à Prague, Löwenstein à Moscou, Bompiani en Italie appliquèrent dans leurs propres services la méthode qu'ils avaient pour la plupart apprise chez Schröder.

Dès le mois de septembre 1879, Löwenstein (1), qui pendant

(1) *L'irrigation continue de l'utérus dans les suites de couches pathologiques.* Wratsch, 1880, n° 25, p. 409.

l'été de la même année avait vu employer l'irrigation continue avec succès dans les cliniques de Schröder et de Winckel, en obtint les meilleurs résultats dans un cas très grave d'endométrite placentaire septique consécutive à la rétention d'un fœtus putréfié et dans un autre d'endométrite septique puerpérale compliquée d'une forte périmétrite.

Encouragé par ces deux succès, et avec l'aide de Gugenberger, directeur de la maison d'accouchements de Moscou, il employa l'irrigation permanente dans les suites de couches pathologiques du 6 novembre 1879 au 1er février 1880.

Sa technique ne présentait rien de très particulier; disons cependant qu'elle se rapprochait plus de celle de Schücking que de celle de Thiede. Il faisait de l'instillation goutte à goutte. Aux cathéters durs, qui ont l'inconvénient de glisser facilement de l'utérus, il préfère, dans la majorité des cas, des cathéters intra-utérins mous de 1 centimètre de diamètre et de longueur variable, et conserve les premiers pour les cas où, après un avortement ou quelques jours après l'accouchement, l'étroitesse du col empêcherait le bon fonctionnement du tuyau de gutta-percha.

Pour les fixer, au lieu de l'appareil de Schede, il emploie une simple ficelle qu'il contourne autour de la hanche et attache à la ceinture.

Dans les cas où le libre écoulement du liquide après le lavage était empêché d'une façon quelconque, il avait recours au drainage de Schede.

Le liquide le plus fréquemment employé a été l'eau de goudron diluée (1 partie sur 5 d'eau simple).

Dans un cas il a eu recours au salicylate de soude à 1/250 ; dans un autre, à l'hypochlorite de potasse 1/200 ; dans un troisième, à l'hypochlorite de chaux 1/350, enfin à l'acide phénique à 1/100. Le liquide était maintenu à la température ambiante, sauf dans le cas de fièvre intense où on l'employait plus froid pour abaisser la température.

Suivant la marche de la maladie, l'irrigation a été conti-

nuée de 2 à 8 jours et, dans quelques cas, même jusqu'à 11 jours.

L'irrigation continue a été employée lorsqu'il y avait rétention et putréfaction de portions de l'œuf, écoulement lochial fétide, avec fièvre intense, et que ces accidents ne cédaient pas aux lavages ordinaires répétés ; dans tous les cas de vaginite et d'endométrite putrides avec tendance à la formation d'ulcérations et mouvement fébrile intense ; dans les cas de para et de périmétrite, lorsque la muqueuse génitale, comme cela se rencontre le plus souvent, présentait des lésions inflammatoires ou des plaies ulcéreuses ; dans la péritonite généralisée, lorsque les phénomènes d'endométrite étaient encore très accentués et que l'état général de la femme laissait encore quelque espoir de guérison ; enfin, dans la métrophlébite pyohémique.

Löwenstein a eu pendant trois mois, depuis le 6 novembre jusqu'au 11 février, 41 malades de ce genre soumises à l'irrigation continue.

Sur ces 41 cas, il y a eu 14 morts et 27 guérisons. De sorte que la mortalité dans ces cas très graves n'a été que de 34 0/0, tandis qu'elle est habituellement de 50 à 57 0/0, ainsi qu'on peut le voir dans les statistiques de la Maison d'accouchements.

La plupart des cas de mort sont imputables à la diphthérite des voies génitales dont la mortalité, d'après Winckel, atteint 65 0/0. C'est ainsi qu'en janvier Löwenstein perdit successivement, d'endométrie diphthéritique à marche rapide accompagnée presque toujours de phlegmon iliaque et de péritonite suraiguë, 7 femmes accouchées par la même sage-femme.

Breisky (1), à la suite d'une visite faite par lui en 1880 à Schröder, adopte pleinement son manuel opératoire à la clinique de Prague dans 15 cas successifs, lors d'une épidémie

(1) *Ueber die intrauterine Localbehandlung des puerperal fiebers.* (*Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd I, p. 317.)

d'accidents septiques qui, s'ils n'amenaient pas souvent la mort, semblaient tout au moins résister à toutes les précautions antiseptiques.

Il s'est servi d'une solution phéniquée tiède à 2 ou 3 0/0 ; dans quelques cas, il a eu recours à l'eau glacée.

Concurremment, il ne fit usage d'aucune médication interne.

Souvent l'irrigation fut maintenue douze heures, parfois bien au delà. On ne la cessait que lorsque la température était tout à fait tombée à la normale, à moins que le lit ne fût mouillé, ou que la femme ne pût supporter la prolongation du décubitus dorsal.

Ces quinze cas étaient, les uns graves, les autres légers, suivant que le hasard les faisait se succéder.

L'auteur les a résumés dans un tableau statistique et il y a joint deux courbes de température peu démonstratives.

En analysant ses observations, on voit que, dans la plupart des cas, il a fait non de l'irrigation continue, mais des irrigations intermittentes prolongées.

Breisky conclut que, comme il fallait s'y attendre, l'irrigation permanente maîtrise seulement la marche des affections superficielles du canal génital, en tant qu'elles existent dans la sphère d'action du liquide antiseptique.

En 1881, Bompiani publie dans les *Annali di ostetrica, ginecologia e pediatria.* (Milan, 29 avril 1881) une note sur l'irrigation intra-utérine continue dans l'endométrite septique et le traitement chirurgical de la péritonite puerpérale, mais sans apporter à l'appui aucune observation nouvelle.

Puis le silence paraît se faire sur l'irrigation continue antiseptique, et on peut lire dans un ouvrage récent de Fritsch : (*Pathologie et Traitement des affections puerpérales.* Paris. G. Carré 1885, p. 28) : « Je ne sais si cette méthode a été mise en usage dans d'autres maternités (que celle de Schröder), seul, Breisky a traité ainsi 15 femmes. »

Et plus loin, p. 224 : « L'irrigation permanente de l'utérus est aussi un procédé que nous pouvons hardiment reléguer

parmi nos souvenirs historiques. Je ne sais si on l'emploie encore beaucoup (1). »

Ce dédain de Fritsch pour l'irrigation continue semble avoir été partagé par nombre d'accoucheurs allemands, même par les enthousiastes de la première heure, comme Breisky par exemple. Aucune tentative dans ce sens ne paraît avoir été faite jusqu'alors en France ni en Angleterre. Voici, croyons-nous, pour quelle raison :

Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet se sont bornés pour la plupart à exposer les conclusions auxquelles les avaient conduits l'expérimentation de la méthode, et à dire : dans tant de cas, nous avons eu tant de morts et tant de guérisons. Un seul, Breisky, a publié un tableau résumé de ses observations, mais il avoue avoir pris ses malades au hasard ; il y ajoute, il est vrai, deux courbes de la température, mais elles ne sont pas démonstratives. Aussi a-t-il été aisé de répondre aux partisans de l'irrigation continue : « Mais vos succès sont surpassés par le traitement beaucoup plus réservé mis en pratique dans d'autres maternités, » et à Fritsch de faire à la méthode les objections théoriques qu'on trouvera plus loin.

Il n'y a qu'un moyen qui puisse permettre de porter à un

(1) M. Chantemesse, médecin des hôpitaux, et M. Clado, interne du professeur Duplay, ont vu employer, au mois de novembre dernier, dans le service de Schröder, l'irrigation continue d'eau froide dans le traitement des accidents puerpéraux.

Sneguireff [1] dit avoir recueilli plus de 50 cas d'affections puerpérales dans lesquelles les irrigations continues furent employées, et, dit-il, « je ne connais pas, dans toute la thérapeutique, un remède plus énergique pour cette forme de septicémie. » L'appareil dont il se sert est une sonde à double courant, d'un modèle particulier, construite sur les indications du Dr Morosow. L'aspiration, déterminée par le courant d'eau, serait, d'après eux, suffisante pour faire adhérer les parois du vagin à l'appareil et à empêcher l'écoulement du liquide dans le lit.

La solution antiseptique employée et recommandée par Sneguireff est la solution d'acide phénique au 1/100e.

[1] *Traité des hémorrhagies utérines*. Moscou, 1884, p. 245 et suiv.

moment donné un jugement définitif : c'est de publier les observations et les courbes.

Quels sont donc les reproches qu'on a faits à l'irrigation continue? Fritsch nous les fournira presque tous, en sa qualité de promoteur des injections intra-utérines temporaires, « méthode de traitement la meilleure, dit-il, et qui a seule survécu à tous les autres procédés que l'on a imaginés. »

« Comme méthode prophylactique, ajoute-t-il ailleurs, (Schüking) l'irrigation continue est non seulement inutile, mais impraticable. — Il est en effet inutile de faire de l'antisepsie là où rien n'est septique. »

Aussi, n'est-ce pas dans les cas ordinaires que nous nous proposons d'y avoir recours; il ne nous suffit pas, pour que nous fassions l'irrigation continue prophylactique, que l'accouchement ait été laborieux ; il faut qu'il ait été laborieux en dehors de toute précaution antiseptique. Une femme ayant un rétrécissement des plus marqués du bassin entre dans le service au début du travail, sans avoir été soumise encore à aucun examen en ville; le travail dure quarante heures; on est enfin obligé d'intervenir et l'on fait d'abord une ou deux applications de forceps, puis une basiotripsie, puis une délivrance artificielle. Voilà évidemment un accouchement laborieux. Mais nous sommes sûrs de la propreté de nos mains et de nos instruments ; l'asepsie a été pendant toute la durée du travail entretenue par des injections antiseptiques abondantes et fréquentes. Point n'est besoin ici d'irrigation continue prophylactique.

Mais qu'au lieu de cela, la femme ne soit arrivée à l'hôpital qu'après trente-six heures de travail, alors que des applications de forceps ont été faites en ville sans les précautions antiseptiques les plus élémentaires, alors qu'aucune injection (et c'est là, il faut bien le dire, la règle), fût-elle de simple propreté, n'a été faite pendant le travail, cette femme, une fois délivrée, sera soumise immédiatement à l'irrigation continue prophylactique (v. obs. 3, 4 et 5). La pratique de tous les jours

montre, en effet, que si nous ne le faisons pas, nous sommes exposés aux complications les plus graves.

Ici d'ailleurs n'avons-nous pas affaire à un de ces cas pour lesquels Fritsch reconnaît la nécessité absolue du lavage prophylactique post-partum : « Dans tous les cas où des personnes, dont la foi dans l'antisepsie n'est pas à l'abri de tout soupçon, ont dirigé un accouchement, dit-il, le médecin doit commencer par faire une bonne irrigation vaginale. »

Pour se convaincre que l'irrigation continue antiseptique prophylactique n'est pas inutile, et qu'elle est préférable ici aux irrigations intermittentes même prolongées, il suffira de lire successivement nos observations 1 et 3. (Obs. 1 : Basiotripsie sur la face après applications multiples de forceps en ville ; dénudation des branches ischio-pubiennes ; irrigations intra-utérines très fréquentes, mais intermittentes ; péritonite ; mort. — Obs. 3 : Rétrécissement du bassin, 7 1/2 ; application de forceps en ville ; rupture du vagin ; déchirure du segment inférieur ; irrigation continue antiseptique prophylactique ; guérison sans fièvre traumatique.)

Cette dernière observation montre, de plus, que l'irrigation continue prophylactique n'est pas impraticable, et que, dans ces conditions, le procédé, équivalant au pansement occlusif de Lister, a constitué pour cette femme une protection suffisante contre l'entrée du poison septique puerpéral. L'irrigation continue prophylactique ainsi comprise est mieux, quoi qu'en pense Fritsch, qu'un pium desiderium.

Nous allons plus loin : c'est la seule méthode rationnelle, et c'est assurément dans ces conditions que l'irrigation continue donnera ses plus beaux résultats.

On voit par ce qui précède en quoi consistent les différences qui nous séparent de Schücking.

Il est évident que, comme méthode curative des accidents septiques post-partum, le drainage de Veit, de Thiede, c'est-à-dire le drainage avec injections bien faites, présente sur les injections intra-utérines intermittentes cet immense avantage que l'on évite la réintroduction souvent répétée des mains et

des instruments qui est évidemment douloureuse et n'est pas sans danger. On sait avec quelle réserve le professeur Verneuil recommande de toucher aux plaies cavitaires septiques. Or chaque fois que l'on introduit la sonde intra-utérine, on ouvre nécessairement quelques vaisseaux, et c'est là, lorsqu'on opère sur une plaie infectée et qu'on détruit la couche granuleuse, une chose éminemment dangereuse.

De plus, avec la méthode de Thiede, les injections deviennent chose très simple, et une infirmière bien dressée peut par le drain irriguer l'utérus avec la plus grande facilité.

Fritsch reconnaît tous ces avantages. S'il rejette le drainage de l'utérus, c'est qu'il craint de voir le drain servir de porte d'entrée au poison. Aussi le drainage de l'utérus n'est-il pour lui rationnel en théorie et efficace en pratique que lorsque le reflux des liquides du vagin dans l'utérus est rendu impossible : « *Cette condition ne se trouve réalisée que dans l'irrigation permanente de l'utérus : l'arrivée continuelle de liquides antiseptiques rend le reflux des matières purulentes impossible.* » (Fritsch. Loco. cit., p. 224.)

Notre manière de faire étant précisément celle-là, nous lui regardons comme acquise la supériorité aux deux points de vue précités sur les irrigations intermittentes.

Mais dit Fritsch :

1° « *S'il ne s'agit que d'enlever du calorique, on y réussit mieux à l'aide de vessies de glace et de bains.* » (Loco. cit., p. 224.)

La preuve que l'irrigation continue n'agit pas seulement en enlevant du calorique, c'est qu'il se produit toujours en même temps que l'abaissement de la température une amélioration parallèle des plus nettes dans l'état local et dans l'état général. L'appétit est bon ; la langue humide ; la femme est calme ; dort pendant de longues heures ; la respiration est paisible ; le pouls, sauf dans les cas d'hémorrhagie, revient à la normale. Nous n'employons d'ailleurs jamais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'eau froide ni la glace. Enfin, lorsque la source des accidents septiques réside dans l'utérus et qu'après avoir ramené la température à la normale par une irrigation utérine

de plusieurs jours de durée, il nous arrive de substituer l'irrigation vaginale continue à l'irrigation utérine avant que tous les produits septiques de l'utérus aient été neutralisés, la température remonte rapidement. Si nous réintroduisons alors la sonde dans l'utérus, la température revient à la normale, et la septicémie est de nouveau enrayée. Ce n'est donc pas seulement en enlevant du calorique qu'agit l'irrigation continue.

2° L'action antiseptique des irrigations temporaires présente plusieurs avantages sur l'irrigation permanente de l'utérus.

« *On expulse mieux le contenu de l'utérus par un flot large et puissant que par l'instillation goutte à goutte de l'irrigation permanente.* » (Fritsch. Loc. cit. p. 224.)

Nous sommes tout à fait de cet avis, aussi n'est-ce pas de l'instillation goutte à goutte que nous faisons, mais bien de l'irrigation à l'aide d'un courant d'eau, comme nous l'avons indiqué plus haut, et nous conservons à notre procédé cet avantage de l'irrigation temporaire. C'est en quoi encore nous différons de Schücking, de Löwenstein, voir même de Thiede et de Breisky.

3° « *Qui sait s'il ne se forme pas en arrière et en bas une gouttière, une espèce de canal creusé dans le pus, entre les matières sécrétées et les débris nécrotiques, et par lequel les liquides instillés reviennent aussitôt de l'utérus, tandis qu'à droite et à gauche, à la partie antérieure et en haut il reste de grandes surfaces non désinfectées.* L'utérus ne retire alors de bénéfice que de l'injection qui a précédé l'irrigation permanente.

Lorsqu'on fait des injections périodiques, l'utérus se contracte puissamment après chacune d'elles et il détache ainsi des débris de membranes fœtales et des lambeaux de caduque. » (Fritsch. Ibid., p. 224.)

Nous pourrions répondre, usant du même procédé de discussion : « Qui sait si cette gouttière se forme ? Mais nous avons mieux.

D'abord il est entendu que ce n'est pas de l'instillation que nous faisons. Les débris de membranes, les détritus que l'on

trouve à chaque instant à la vulve entraînés par le courant d'eau montrent que la cavité est constamment balayée. La chute de la température, la disparition des phénomènes généraux inquiétants, l'absence de complications locales dans la plupart des cas, toujours très graves, que nous avons traités de cette façon, prouvent que nous atteignons le but et que nous balayons l'utérus. C'est qu'en réalité les choses ne se passent pas comme le suppose Fritsch. Nous nous servons non pas du double tube de Schücking, mais d'un cathéter ordinaire sans cannelure pour assurer le reflux des liquides, sans soupape de sûreté, comme disait Schücking, et nous employons de l'eau chaude.

Voici ce qu'on observe dans ces conditions :

De temps en temps l'écoulement du liquide s'arrête pendant quelques minutes et du côté de l'irrigateur et du côté du vidoir. Puis, tout à coup, sans que le débit de l'irrigateur augmente, l'écoulement par la vulve devient plus fort. L'utérus s'est contracté, s'est refermé sur une certaine quantité de liquide, puis le col se rouvre et l'irrigation recommence. Il est certain que dans ces conditions les débris qui ont pu s'arrêter au niveau du col ou dans le vagin sont balayés par cette sorte de *coup de piston.*

Nous avons donc ici encore les mêmes avantages qu'avec l'irrigation temporaire et de plus nous les avons constamment au lieu de les avoir par intervalles.

4° « *Lorsque la fièvre tombe, après* UNE SEULE *injection de lavage, on peut attendre et laisser l'accouchée au repos.* Mais si on a fait les installations nécessaires au drainage, ou à l'irrigation permanente, on ne sait pas s'il faut suspendre définitivement le traitement ou non. Osera-t-on risquer d'enlever le drain ? Et si la fièvre s'allume de nouveau ? Introduira-t-on de nouveau de force le drain avec ses appendices latéraux dans la cavité utérine rétrécie ? »

Nous nous servons d'un cathéter sans appendices latéraux dont l'introduction n'est pas différente de celle du cathéter de Fritsch. Lorsque la fièvre tombe le premier jour de l'irrigation,

ce qui est rare vu la gravité des cas auxquels nous réservons la méthode, nous attendons pour lever l'appareil que la température soit restée normale *matin et soir* deux jours de suite. Il vaut mieux pêcher ici par excès de prudence. L'irrigation continue n'est pas un supplice pour les femmes, voilà ce qu'il faut bien se mettre dans l'esprit. Lorsque le lit est bien fait, ce qui s'obtient facilement, il est parfaitement égal à une convalescente de garder la sonde 48 heures de plus. On n'oublie pas en effet que nous avons pu, sans inconvénient, maintenir la traitement 17 jours de suite.

De ce qui précède nous croyons pouvoir conclure que, contrairement à ce qu'a dit Fritsch, les opérations nécessitées par le drainage avec irrigation permanente peuvent ne pas être beaucoup plus compliquées ni moins efficaces que les injections utérines de lavages faites même toutes les six heures.

Dès lors étant admis que l'irrigation continue est praticable et exempte de danger, la logique, les notions courantes sur les causes de la septicémie puerpérale, l'examen de nos observations, s'accordent à prouver qu'elle doit, dans les cas graves, donner tous les résultats qu'on pourrait attendre de l'irrigation temporaire, avec cette supériorité qu'ils sont permanents.

N. B.— Depuis la publication de la première partie de ce mémoire, quelques faits intéressants et relatifs à notre statistique et aux résultats obtenus à l'aide de l'irrigation continue se sont produits dans le service.

La femme qui fait le sujet de l'observation XVII (et qui compte parmi les 4 décès signalés dans le numéro précédent) a causé, comme nous l'avons montré plus haut, l'infection de deux autres femmes accouchées dans le service. L'une est morte (voyez observation XVIII), l'autre a guéri (voyez observation XIV).

L'irrigation employée dans un but prophylactique à échoué dans un autre cas pour des raisons que nous avons exposées ci-dessus (observation VI).

Notre statistique intégrale du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1886 est dès lors la suivante :

Nombre d'accouchements dans le service interne 757
Nombre des décès 15

Les causes de ces 15 décès sont les suivantes :

Tuberculose pulmonaire.................................. 2
Maladie de Bright.. 2
Lithiase biliaire, angiocholite suppurée................ 1
Grossesse extra-utérine ; rupture du kyste 1
Rétroversion de l'utérus gravide. Mort au 5me mois par urémie.................................. 1
Hémorrhagie puerpérale (avortement gémellaire de 5 mois) 1
Rupture de l'utérus (mort un quart d'heure après l'entrée à l'hôpital)................................ 1
Septicémie puerpérale.................................... 6
(1 seul cas intérieur.)

Nombre d'accouchements chez les sages-femmes agréées. 1312

Décès par septicémie puerpérale. 4
— — hémorrhagie 1

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances du 18 *et du* 25 *novembre* 1885.

M. Terrier lit un travail relatif à **l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation.** Il est basé sur 22 opérations, pratiquées chez des femmes encore en âge d'être menstruées.

Treize fois les règles ont complètement cessé après l'opération ; onze fois elles se sont montrées d'une façon plus ou moins régulière. Mais il faut noter que, dans un certain nombre de cas, les opérées ont pu être observées durant une dizaine d'années, tandis que, dans d'au-

tres, l'observation n'a pu être faite que pendant une année seulement. Ces derniers cas sont, par suite, passibles d'une certaine critique. La conclusion qui découle de ce travail, c'est que *l'ablation simultanée ou successive des deux ovaires amène la suppression des règles.*

Mais cette suppression n'est pas nécessairement immédiate. Parfois, on voit, à des intervalles de temps variables, survenir un écoulement de sang. Il serait, d'après certains auteurs, le résultat de poussées congestives liées elles-mêmes à une sorte d'habitude fonctionnelle. Il ne faudrait pas considérer ces écoulements de sang comme constituant de véritables règles : ils seraient plutôt comparables aux épistaxis; *métrostaxis* de S. Wells.

Néanmoins, tous les faits ne sauraient être interprétés de la sorte : Ainsi, *dans un cas*, après s'être montrées irrégulièrement pendant un an et demi, l'écoulement sanguin s'établit d'une façon parfaitement régulière, et conserva son caractère de périodicité deux ans encore ; après quoi, il cessa complètement. Il s'agissait bien là d'une véritable menstruation.

Dans trois autres cas, non seulement les règles réapparurent après ovariotomie double, mais elles persistèrent très régulièrement sept ans, vingt mois et huit mois. Seulement, dans ces trois cas, certaines circonstances particulières empêchaient d'affirmer que l'ablation de la substance des deux ovaires eût été complète.

En résumé, aucun des faits sur lesquels repose ce travail ne fournit un argument sérieux contre la théorie qui relie entièrement l'ovulation et la menstruation.

M. Lucas-Championnière. L'ovariotomie double n'amène pas fatalement la ménopause. Les organes génitaux sont accoutumés à se congestionner d'une façon périodique, et la disparition de la cause primitive ne semble pas devoir faire fatalement cesser l'habitude prise. C'est ainsi que l'on voit chez des femmes avancées en âge, chez lesquelles tout travail d'ovulation a complètement cessé, les règles se montrer encore.

En résumé, l'ovariotomie double amène la ménopause, mais d'une façon progressive, et dans une période de temps qui varie suivant les sujets.

M. Tillaux. La question de l'influence de l'ovariotomie double sur l'interruption ou la persistance de la menstruation est encore entourée d'obscurité. Il est, suivant les cas, des différences qui restent encore sans explication.

Il a récemment enlevé, chez deux femmes, les deux ovaires. Or, chez l'une de ces opérées, les règles ont disparu ; chez l'autre, au contraire, elles continuent à se montrer.

M. Terrier. Il est probable que les règles persistent, parce qu'on laisse en place une certaine quantité de tissu ovarique.

M. Tillaux. Cette explication semble peu admissible pour un de cas observés par lui. Dans ce cas, l'un des ovaires, qui était multiloculaire, a été, *sûrement*, enlevé en totalité ; quant à l'autre, enlevé parce qu'il présentait un petit kyste, il l'a examiné très soigneusement et s'est assuré qu'il était entier.

M. Duplay. Il est une circonstance qui possède une réelle importance dans la question : *l'existence possible d'ovaires supplémentaires.* C'est là une notion digne d'entrer en ligne de compte, car, récemment encore, on a fait voir que l'anomalie n'était pas aussi rare qu'on aurait pu le supposer.

M. Terrier se range à l'opinion émise par M. Duplay, bien que le fait en question lui paraisse devoir être plus rare que ne le pense son collègue.

En terminant : il cite à l'appui de l'interprétation qu'il a émise pour expliquer la persistance des règles, après la double ovariotomie, le fait suivant :

Une vache montrait des aptitudes très remarquables pour la fécondation. Or, en pareilles conditions, elles constituent, paraît-il, de mauvaises laitières. Dans le but de l'engraisser, pour la livrer ensuite à la boucherie, on lui fit subir la castration. Mais, en dépit de l'ablation des deux ovaires, elle resta aussi apte à être fécondée. On la tua, et on put alors constater que l'un des pédicules, formés au moment de la castration, comprenait du tissu ovarique. Une portion de l'ovaire était donc restée en place, c'est à cette circonstance qu'il fallait certainement rapporter la persistance de l'aptitude à la fécondation.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 10 décembre 1885.

M. Dolèris désire atténuer le sens, un peu trop pessimiste, d'une note publiée récemment dans l'*Union médicale*, par M. Ricard, prosecteur, et lui, sur l'opération d'Alexander-Adam. Mais avant il pense

qu'il n'est pas inutile de rappeler que l'idée de l'opération n'est pas nouvelle et que la priorité appartient à un Français, — les Allemands le reconnaissent, — Alcquié qui, en 1840, présenta un mémoire à ce sujet.

La correction que M. Doléris désire faire porte spécialement sur l'extrême difficulté que, d'après la note à laquelle il a été fait allusion, on devrait presque toujours rencontrer dans la recherche et la saisie de l'extrémité extra-péritonéale des ligaments ronds. Certes, cette difficulté existe parfois ; et des chirurgiens d'une habilité incontestable, Mundé, Emmet, Lawson Tait, Reeves, Keith, Croom, Duncan, etc., etc., l'ont signalée. Mais elle n'est pas aussi constante que M. Ricard et lui avaient pu le croire en se fondant sur un certain nombre de recherches faites sur le cadavre. Ces recherches, en effet, leur avaient montré « qu'à partir de l'orifice inguinal interne, il n'existe plus, à proprement parler, que des *vestiges insignifiants* du ligament rond ; nuls chez les jeunes sujets, nuls chez les femmes maigres ; introuvables, s'ils existent, chez les sujets très gras, ils sont un peu plus visibles chez quelques vieilles femmes, et dans la période post-puerpérale ». Or, ils ont reconnu plus tard que ces résultats étaient dus surtout à l'état même des cadavres et à l'altération des tissus produite par les liquides conservateurs. Les résultats fournis par les cadavres frais ont été tout autres. Ainsi, sur le cadavre *frais*, d'une femme âgée et *obèse*, *les ligaments furent aisés à isoler*, *ils étaient volumineux*, *et*, *sauf quelques exceptions*, dans une nouvelle série de recherches, il en fut ainsi, de telle sorte que, en règle générale : *la mise à nu et la saisie des ligaments seraient souvent possibles*, *faciles même*.

M. Duplay a d'ailleurs pratiqué récemment, *sans difficulté*, deux fois l'opération d'Alexander. Les choses ont marché assez bien pour que l'opération fût terminée en une demi-heure de temps environ.

Mais les résultats de l'opération d'Alexander restent encore à contrôler, du moins en France, où l'opération ne s'est pas généralisée. Mais il faut bien savoir qu'Alexander ne voit pas seulement, dans son opération, le seul fait du redressement et de la suspension de la matrice au moyen de ligaments plus courts. Il se propose surtout, en rapprochant plus ou moins l'utérus de la symphyse pubienne, d'amener cet organe au dehors de l'aire de la pression pelvienne. Or, on est en droit de se demander si les changements de volume si fréquents de la vessie ne causeront pas de nouveau le relâchement, l'allonge-

ment des ligaments ronds, ne forceront pas le retour de la matrice dans la zone de pression, et, par suite, ne rétabliront pas la lésion primitive en même temps que tous les malaises qui lui étaient associés.

D'ailleurs, dit M. Doléris, nos nouvelles recherches confirment les assertions contenues dans notre première note, que la traction exercée sur le ligament rond a pour effet d'entraîner le péritoine qui lui est intimement adhérent, et de l'invaginer sûrement si on l'attire de 4 ou 5 centimètres. Or, il en faut réséquer 8 à 10 centimètres pour peu que le prolapsus soit accusé. Le péritoine sera fatalement compris dans la suture profonde. On fera ainsi un trajet herniaire mal protégé. On fera même, *accidentellement* le trajet et la hernie, ainsi qu'il nous est arrivé sur un cadavre. Le grand épiploon adhérait par son bord libre à toute l'étendue du ligament rond, de l'utérus, à l'orifice inguinal interne, de telle façon qu'en tirant de l'intérieur sur le ligament mis à nu, on entraînait en même temps l'épiploon dans le trajet inguinal. Mais c'est là un fait particulier, dont il ne faut pas exagérer l'importance !

En résumé : 1° Nous pensons aujourd'hui que, *sur le vivant*, la découverte et la saisie des ligaments ronds doivent être aisées dans la plupart des cas ; 2° qu'on crée fatalement un infundibulum péritonéal, véritable trajet herniaire ; qu'on s'expose en même temps à la saisie de la séreuse dans la ligature profonde, quelquefois même à sa section ; 3° qu'il y a lieu de faire des réserves en attendant qu'une expérience plus longue nous ait renseignés d'une façon plus précise sur les résultats que l'opération peut donner.

M. PAJOT. Quand on fait une opération dont la mort peut être la conséquence, je suis le premier à l'approuver lorsqu'elle a pour *objectif de sauver une existence absolument compromise*. Je comprends même que des chirurgiens tentent la *cure radicale de la hernie ;* parce que la hernie peut, à un moment donné, devenir cause de mort. Mais, l'on a recours à des opérations de cette nature, sous prétexte de redresser des utérus déviés ! Or, on ne pourrait peut-être pas citer un cas d'une femme ayant succombé parce qu'elle avait une déviation de la matrice. Encore si c'était dans l'état de grossesse. Certes, nous savons tous qu'en pareille circonstance, la rétroversion peut, si on n'intervient pas, entraîner la mort. Mais dans l'état de vacuité, vous voudriez exposer une femme à tous les risques d'une intervention aussi grave ! Autant j'accepte les opérations extrêmes lorsqu'il s'agit de

sauver une femme qui a une tumeur utérine, un kyste de l'ovaire, qui peuvent la tuer à bref délai, autant je m'élève avec une véritable indignation contre des interventions qui peuvent tuer lorsqu'il s'agit de parer à des accidents qui, eux, ne mettent jamais la vie en péril.

M. Guériot pose les deux questions suivantes : 1° *Le travail d'Alquié reposait-il sur des observations personnelles ; 2° d'après les observations que M. Doléris a recueillies, a-t-il pu savoir si l'opération avait été pratiquée seulement à l'hôpital, ou si on l'avait faite également sur des clientes de la ville.*

M. Doléris ne saurait répondre à la première de ces questions. Quant à la seconde, il peut dire que les opérations ont été surtout faites sur des femmes épileptiques ; personne n'ignore combien chez de tels sujets, la moindre déviation de la matrice peut provoquer des phénomènes réflexes considérables. Mais, plus tard, l'opération a été pratiquée plusieurs fois en ville par les chirurgiens les plus éminents : Lawson Tait, Duncan.

M. Pajot croit que si l'on disait *complètement*, *loyalement* aux femmes les dangers qu'elles peuvent courir, pas une ne voudrait s'exposer à des risques aussi sérieux. D'ailleurs, la plupart des accidents, auxquels on se propose de parer, peuvent être simplement amendés. Il existe presque toujours avec ces déplacements un écoulement plus ou moins abondant, et c'est contre lui qu'il faut agir. Guérissez le catarrhe, et vous verrez les accidents disparaître.

M. Dumontpallier. Combien a-t-on recueilli d'observations ? Y a-t-il eu des cas de mort ?

M. Doléris. Il existe environ 110 observations, et l'on a publié 3 cas de mort. Quant à sa communication, elle n'est point un plaidoyer en faveur de l'opération d'Alexander-Adam. Elle est surtout destinée à corriger ce qu'il y avait d'excessif dans la note publiée dans l'*Union médicale*. Ainsi qu'il l'a déjà dit, il y a lieu d'attendre des statistiques plus complètes avant de formuler un jugement définitif.

M. Doléris désire donner les résultats qu'il a obtenus dans 7 cas, par l'*opération d'Emmet*. Les indications de l'opération étaient : *lacérations doubles et profondes*, cicatrices douloureuses, muqueuse bourgeonnante et turgide, tiraillements douloureux, leucorrhées, pus. Or, il a eu six succès parfaits et un échec. Il s'agissait dans ce dernier cas d'une jeune personne strumeuse. Il eut recours, en fin de cause,

à la cautérisation avec le thermo-cautère; il réussit, mais au bout de trois mois, à lui refaire un *col*. En ce qui concerne l'opération, elle lui a paru absolument dépourvue de dangers, très simple et à la portée des plus novices ; c'est là aussi ce qui l'a engagé à faire la communication actuelle ; car cette *méthode opératoire* s'est fort peu généralisée en France.

M. Guéniot est étonné qu'on ait pu trouver, à l'étranger, l'occasion d'opérer aussi souvent de semblables lésions. Pour sa part, il n'a jamais observé ces *larges et profondes lacérations* qui nécessitent une pareille opération. Ce qu'il a vu à la suite de l'accouchement, ce sont de simples ulcérations non bourgeonnantes, et pour les guérir il lui a suffi d'avoir recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent. Les résultats qu'il a obtenus de cette sorte sont tellement satisfaisants que — quoique, en thèse générale, il n'affirme jamais à l'avance la guérison, car cela est le propre des charlatans — dans le cas particulier, cependant, il affirme toujours le succès, succès plus ou moins rapide, cela dépend de la collaboration plus ou moins complète de la cliente, mais certain.

M. Doléris fait remarquer : 1° qu'il ne parle de l'opération que pour les cas où il existe des lacérations profondes avec nodules fibreux ; 2° que ces malades avaient été déjà soignées, sans amélioration et pendant longtemps, par plusieurs autres médecins.

M. Charpentier pense avec M. Guéniot que ces « lacérations profondes » sont exceptionnelles. Cependant, il a vu un cas dans lequel le col avait été, à la suite d'une application de forceps, divisé en trois lobules. L'un de ces lobules était venu se souder à la partie antérieure du vagin. Il en était résulté une descente de la matrice avec des symptômes fort pénibles pour la malade. M. Guyon vit avec lui la malade. Ils proposèrent l'amputation du col, qui fut faite, et le résultat fut tellement heureux, que la femme reprit sa belle santé antérieure, devint enceinte, accoucha d'un bel enfant. Elle est de nouveau enceinte aujourd'hui et jouit de la plus belle santé.

M. Ollivier rappelle qu'Emmet a protesté contre l'abus qu'on faisait de son opération, et que ce chirurgien est un de ceux qui l'ont encore le moins pratiqué. Il déclare de plus, lui-même, qu'il ne faut recourir à l'opération qu'après qu'on aura, au préalable, constaté l'inefficacité des autres moyens. Ce sont les cas où il existe des cicatrices profondes qu'il a particulièrement indiquées.

M. Doléris. Ce sont bien en effet là les conditions vraies de l'opé-

ration, et, comme le dit Emmet, il faut, pour réussir, exciser profondément.

M. Verrier présente un placenta provenant d'une grossesse gémellaire. L'un des fœtus, qui pesait 2,500 grammes, avait succombé pendant le travail et avait été expulsé spontanément. Adhérence du placenta. Délivrance artificielle. Au délivre était attaché le deuxième fœtus, qui était aminci comme une feuille de papier et paraissait âgé de trois mois.

N. — La société déclare vacantes *deux places de membres titulaires*. Conformément à l'art. 8 des statuts, tout candidat à ce titre devra lire en séance publique un travail inédit.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 2 *décembre* 1885.

Présentations. — M. le Dr Lewers : pyo-salpingite.

M. le Dr Williams : ulcère de l'utérus et coupes histologiques.

M. W. Griffith, au nom de M. Strugnell : un cas de grossesse extra-utérine peu avancée.

M. le Dr Campbell Pape : grossesse dans un utérus bicorne.

M. le Dr Galabin, au nom de M. Lewis : un monstre double.

M. le Dr A. Tomson communique un cas de grossesse prolongée. Il a été observé chez une femme d'une santé délicate et mariée depuis peu. Fausse couche antérieure provoquée par un traumatisme. Les règles étaient ensuite revenues et la dernière menstruation datait du mois de juin 1884. Son mari fit à cette époque une première absence qui dura huit jours. Il revint chez lui, pour une nuit seulement, le 16 juin. Le coït eut lieu à cette date. Le lendemain matin, le mari s'absentait de nouveau, et, cette fois, pour quatre mois. Peu après son départ, la femme présenta des symptômes de grossesse. Or, l'accouchement se fit le 13 avril 1885, donc 317 *jours après la dernière menstruation, ou* 301 *jours après le dernier coït*. L'enfant, du sexe féminin, était d'un volume et d'un poids ordinaires.

M. le Dr G. Hewitt demande si l'on a pris quelques renseignements au sujet de la durée de l'intervalle intermenstruel. T. Smith pensait,

en effet, qu'il existe entre cet intervalle et le temps de la gestation un rapport direct. De plus, il est consigné dans l'ouvrage de Casper, que Cederschjold a observé des grossesses prolongées chez des femmes qui présentaient aussi une période intermenstruelle d'une durée anormale.

M. le Dr Duncan lit un travail sur **les inflammations du lupus de la vulve.**

M. le Dr H.-R. Fuller lit une observation de **faux travail.** Le sujet de l'observation est une femme de petite taille, maigre et âgée de 31 ans. Elle avait déjà eu quatre enfants. Jamais de fausse couche. Son dernier enfant était né le 31 août 1881. Elle l'allaita jusqu'au 3 août 1882. Ce jour-là, elle eut un écoulement sanguinolent, analogue à celui que présentent les femmes en travail, et elle perçut des mouvements fœtaux. Immédiatement elle sevra son dernier né. C'était la première fois qu'elle était devenue enceinte pendant qu'elle allaitait. Depuis le mois d'avril elle avait eu, disait-elle, des vomissements le matin ; cependant, jamais avant qu'elle eût senti remuer l'enfant, elle n'avait supposé qu'elle pût être enceinte. A partir de cette nouvelle date, les vomissements cessèrent.

Tels furent les premiers renseignements obtenus. Mais, à un interrogatoire ultérieur, on apprit que les vomissements survenaient d'une façon beaucoup plus irrégulière, à une heure quelconque de la journée. On apprit aussi que les règles, qui avaient été suspendues depuis la naissance du dernier enfant jusqu'au moment où se fit en août l'écoulement sanguinolent, avaient reparu en septembre, puis, d'une façon irrégulière, durant les mois d'octobre et de novembre. En décembre, les vomissements du matin se montrèrent de nouveau et persistèrent jusqu'au moment où commença le travail. Pas de menstruation pendant le mois de décembre. Le 1er janvier 1884, le « travail » commença, s'accompagnant de petites douleurs dans l'estomac et dans les cuisses. Il en fut de même le 2 et le 3. Mais le 4, le travail se déclara franchement. Les contractions devinrent énergiques, fréquentes et amenèrent bientôt l'écoulement des eaux. La parturiente fit alors réclamer l'assistance à « Saint-George's Hospital ». Quelques heures après, l'étudiant qui était venu l'assister faisait appeler le Dr Fuler, *parce que, disait-il, le travail ne marchait pas et que la femme était épuisée.*

La patiente fit observer à M. Fuller qu'il s'agissait d'une présentation

du tronc, parce qu'elle ne sentait pas la pression exercée d'ordinaire par la tête fœtale. Mais celui-ci constata l'absence absolue des signes ordinaires d'une grossesse avancée. Les douleurs survenaient toutes les trois ou quatre minutes, et l'effort utérin refoulait le col de la matrice qui était petit, jusqu'au niveau de l'orifice vaginal inférieur. Le Dr Champneys, qui avait été mandé, diagnostiqua une grossesse de six semaines, diagnostic que l'événement justifia. Il s'appliqua lui aussi à convaincre la femme qu'elle n'était pas en travail, idée dans laquelle elle s'était entièrement enfermée jusqu'alors.

M. Fuller attire l'attention sur l'hypothèse de grossesse, maintenue malgré l'absence de tous les signes de la gravidité, sauf les mouvements du fœtus et sur le fait de la conception, survenue au milieu des circonstances mentionnées et non interrompue par l'établissement du faux travail. Il fait aussi allusion à ces deux variétés de prétendues grossesses : 1° où manquent tous les signes de la gravidité, sauf les mouvements fœtaux ; 2° où apparaissent, d'une façon plus ou moins marquée, les signes du côté des mamelles et les autres phénomènes sympathiques. Ainsi que l'indiquait Harvey, on a observé la deuxième variété chez les animaux.

Prennent part à la discussion MM. les Drs Ph. Jones, Gervis, Campbell, Routh, Herman, Champneys, Galabin. Ils citent plusieurs cas de faux travail, de fausses suppositions de grossesse, et plusieurs erreurs de diagnostic auxquelles ces cas anormaux ont donné lieu. Il s'est agi, en quelques circonstances, de personnes hystériques ; néanmoins, l'hystérie ne devrait pas toujours être mise en cause, car on observe des faits semblables chez les animaux.

R. Labusquière.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE AMÉRICAINE.

DIXIÈME SESSION ANNUELLE, TENUE A WASHINGTON, EN SEPTEMBRE 1885.

Le Dr S. Busey prononce le discours de bienvenue, puis il lit un mémoire sur **l'hygiène naturelle de la période de fécondité.**

L'auteur insiste sur l'importance des phénomènes physiologiques de cette période et sur le développement des organes de la femme. L'âge auquel la grossesse est la moins dangereuse est aussi celui où la fécondité est à son maximum. Les grossesses tardives, comme les

grossesses prématurées, sont donc dangereuses, du fait de l'âge de la femme ; mais les premières grossesses sont les plus périlleuses. Cet âge de fécondité, environ 25 ans, est le plus propice au mariage. La cessation de la reproduction protège le reste des forces de la femme qui diminuent déjà ; la femme, plus tôt que l'homme, devient stérile. En se mariant de bonne heure, on évite le célibat et les inconvénients des mariages tardifs. Mais ce n'est encore que le moindre de trois maux, car les mariages prématurés sont peu féconds, et les enfants qui en résultent meurent souvent (1). La *nubilité* précoce est la suite de la *puberté* prématurée, et il est difficile de lutter avec succès contre des habitudes générales invétérées, qui ont pris la force de coutumes, et contre les intérêts personnels.

Le Dr Chadwick, de Boston, rappelle les recherches qu'il a faites et qui lui ont démontré que les Américaines sont réglées plus tôt que les immigrantes des autres pays. Ces recherches portent sur plus de 4.000 cas. De plus, les Américaines filles d'Américains sont pubères plus tôt que celles qui sont nées de parents étrangers.

La ménopause survient aussi plus tard que chez les étrangères habitant l'Amérique. On pourrait donc en conclure que la période de fécondité est plus longue chez les Américaines que chez les femmes des autres pays (2).

Chadwick croit que la précocité de la période reproductive, loin d'être un danger, comme paraît le penser Busey, est une indication de la vigueur des Américaines, et réfute absolument l'opinion de ceux qui affirment que leur puissance reproductive est en diminution. *Si le* nombre des enfants décroît, c'est à cause des habitudes sociales, etc.

Le Dr H.-J. Garrigues, de New-York, lit un mémoire sur la diphthérie puerpérale.

---

(1) Les dangers des mariages prématurés et leurs conséquences se trouvent indiqués dans un *livre saint*, attribué à Susruta. Handvoyel (*Origine de la médecine*, p. 49) croit que ces doctrines sont postérieures à cet auteur. Susruta défendait à l'homme de se marier avant 25 ans et à la femme avant 12 ans. (A. C.)

(2) Les Américains sont très fiers de leur puissance de reproduction. « Nos cousins d'Amérique soutiennent qu'ils produisent les plus gros enfants », disent R. et F. Barnes. (*Obst. med. and Surgery*, t. II, p. 103.) (A. C.)

C'est une forme de cette entité polymorphe qu'on nomme fièvre puerpérale. Il en a observé 26 cas. Elle a une prédilection pour les points rétrécis, comme l'entrée du vagin et le col, qui sont contusionnés pendant le passage du fœtus, et pour la paroi vaginale postérieure, qui est baignée par les lochies.

L'auteur a observé ce qu'il nomme la **métrite dissécante** : une couche d'infiltration diphthéritique, s'avançant de dedans en dehors, détache une large portion du tissu musculaire, qui finit par être expulsée.

Ses causes sont tout ce qui prolonge l'accouchement, les blessures du canal parturient, l'introduction de la main et la faiblesse de l'accouchée. Mais la cause la plus active est la contagion venue du dehors. Le poison semble se trouver dans l'air des salles, car, après une fumigation, on n'en voyait plus de cas pendant une semaine, et la maladie a disparu depuis l'application d'un traitement prophylactique. Les histologistes l'attribuent à des microbes. Le premier symptôme est la fièvre, parfois un frisson. La température oscille entre 39°,4 et 40°, elle peut monter jusqu'à 41°,2. Il se produit de la diarrhée et des vomissements. Chez une malade, la langue fut atteinte; aussi Garrigues considère-t-il l'affection comme identique à la diphthérie qu'on observe sur les plaies non puerpérales.

Le bichlorure de mercure donne aux surfaces ulcérées une couleur jaune caractéristique. 7 malades sur 29 ont succombé (17,2 p. 100).

La *prophylaxie* consiste dans l'antisepsie.

Le *traitement* consiste dans la cautérisation des parties affectées avec une solution de chlorure de zinc dans l'eau P. E., le lavage de l'utérus avec le sublimé au 4/1000e, et l'introduction d'un suppositoire contenant 2 gr. 5 d'iodoforme.

Le Dr H.-T. Lusk rappelle que 28 femmes moururent de diphthérie, il y a quelques années, dans l'établissement dans lequel Garrigues a fait ses observations. Le premier cas fut dû à l'importation par une garde. A l'examen, on trouva les fausses membranes remplies de micrococci.

Le Dr H.-P.-C. Wilson, de Baltimore, au contraire de Garrigues, évite toute espèce de bandage ou d'explorations qui puissent gêner la sortie des lochies.

Le Dr W.-L. Richardson, de Boston, a eu fort à lutter contre la diphthérie, jusqu'à ce qu'il ait adopté le tampon antiseptique de Gar-

rigues et le sublimé. Celui-ci ayant l'inconvénient de produire parfois la salivation, l'auteur se sert d'iodoforme.

Le Dr Garrigues, en terminant, dit que la mortalité de la maternité est tombée de 7 p. 100 à 0,75 p. 100.

Le Dr J.-T. Johnson, de Washington, lit un rapport sur quatre cas d'oophorectomie.

Le premier cas est une ovarite chronique, avec épilepsie menstruelle ; l'opérée, âgée de 29 ans, a guéri. Elle est bien réglée et souffre beaucoup moins.

Le deuxième cas est une ovarite chronique avec dysménorrhée ; elle est guérie. « C'est une nouvelle créature, » dit l'auteur.

Le troisième est celui d'une fille de 23 ans, dysménorrhéique. Elle est l'objet de l' « étonnement de ses amies ».

Le quatrième est celui d'une mère de trois enfants, âgée de 40 ans, devenue presque folle de douleur. Elle mourut le sixième jour après l'opération.

Le Dr R.-S. Sutton discute l'opportunité de l'opération dans les différents cas.

Le Dr W.-H. Baker, de Boston, croit qu'on s'est un peu trop laissé entraîner du côté d'une opération, qui rend sans doute de grands services dans les cas qui en sont justiciables, et il insiste sur les moyens d'arriver de bonne heure à un diagnostic sûr.

Le Dr T.-A. Emmet affirme que l'opération, utile dans certains cas, a fait plus souvent du mal que du bien ; et il s'élève contre la tendance que chacun a de se croire capable de la faire. Il admet néanmoins qu'on doit la faire lorsqu'on est certain que les trompes contiennent du pus. Il cite deux cas dans lesquels l'opération, recommandée par d'autres médecins, n'a pas été faite, et les malades ne s'en sont pas beaucoup plus mal trouvées.

Le Dr H.-P.-C. Wilson (de Baltimore) émet à peu près les mêmes idées, et il dit que cette opération ne devrait être faite que par ceux à qui la chirurgie abdominale est familière.

Le Dr E.-W. Jenks (de Détroit), et le Dr A.-A. Reamy (de Cincinnati) pensent aussi qu'on a trop souvent fait l'oophorectomie.

Le Dr Emmet ajoute qu'on ne devrait jamais la faire dans les cas de dysménorrhée.

Le Dr M.-D. Mann (de Buffalo) croit qu'elle est nécessaire dans ces cas.

Les Drs Sutton, Emmet, Jonson et Baker prennent part à la discussion.

Le Dr W.-T. Howard (de Baltimore), président, lit son *adresse* dans laquelle il insiste sur l'importance des devoirs professionnels et principalement sur celui de publier les cas malheureux aussi bien que les succès. Puis il rapporte deux cas dont le diagnostic était difficile.

Le premier est celui d'une négresse qui présentait des symptômes pouvant faire croire à un cystome ovarique, à un fibro-cystome utérin, ou à un kyste parovarique ; l'autopsie prouva que c'était une péritonite tuberculeuse enkystée, affection fort rare, puisque Howard n'en a pu trouver que 8 cas.

Le liquide qu'il retira par une ponction se prit immédiatement et acquit la solidité d'un caillot sanguin.

Le second cas était un kyste uniloculaire qui, l'autopsie l'a prouvé, n'aurait pu être enlevé.

Soins à donner au périnée pendant l'accouchement. — Le Dr T.-A. Reamy (de Cincinnati) croit que celui qui sauve un périnée du danger est plus habile que celui qui répare un périnée déchiré. Puis il fait une énumération des méthodes recommandées pour éviter la déchirure. Sa méthode consiste à faire soutenir le périnée au moyen d'une serviette qui passe sur la fourchette et dont les extrémités sont soutenues par deux assistants. La parturiente est couchée en travers du lit, les cuisses relevées et rapprochées. L'accoucheur se tient près de la femme, prêt à faire les manœuvres nécessaires. Le constricteur du vagin n'existe pas, Berry Hart l'a démontré ; les fibres musculaires auxquelles on a donné ce nom appartiennent au releveur de l'anus ; Savage les appelle : muscle coccy-pubien. La déchirure médiane ne rompt donc que quelques fibres du transverse, elle sépare les unes des autres d'autres fibres, comme on le fait en écartant deux rideaux fermés.

Le Dr Emmet parle de la restauration du périnée par un nouveau procédé dont le Dr Baker se loue fort.

Le Dr T. Johnson croit qu'il ne faut pas soutenir le périnée. Il a remarqué que c'est entre les mains des accoucheurs qui soutiennent le périnée que se produisent le plus grand nombre de déchirures.

Le Dr Chadwick dit qu'on n'agit pas en soutenant le périnée, mais en retardant les progrès de la tête.

Les Drs Baker, J. Wilson, Mann, E. Wilson et J.-P. Reynolds prennent part à la discussion.

Le Dr W. Jenks raconte un cas d'**opération césarienne nécessitée** par une fracture du bassin; le forceps échoua. L'opérée alla bien pendant trois jours; elle eut un cauchemar et se leva; elle sentit une rupture intérieure et mourut au bout de trois heures. Pas d'autopsie.

Le Dr Skene croit qu'il aurait mieux valu faire la laparo-élytrotomie, qui aurait, si on l'avait faite assez tôt, sauvé la vie du fœtus.

Emploi du forceps de Tarnier. — Le Dr Elwood Wilson (de Philadelphie), qui avait repoussé cet instrument, l'a employé dans 9 cas, et est revenu de ses préventions. On ne doit jamais, dit-il, rejeter un instrument pour des raisons théoriques et sans l'avoir essayé. Le forceps dont il s'est servi est le forceps de Tarnier, modifié par le Dr Howard, et il n'a eu aucune déchirure.

Les Drs Neale, Parvin, Goodell, Mann, Wilson, Reamy et Howard prennent part à la discussion.

Le Dr R.-S. Sutton (de Pittsburgh) propose une **modification à la trachélorrhaphie**, d'après la méthode d'Emmet.

Le Dr Goodell lit un mémoire sur l'**inflammation des parotides à la suite des opérations faites sur les organes génitaux**. Il semble qu'il existe une sympathie entre la parotide et les organes génitaux. Une fois, la parotidite survint après une ovariotomie; une autre fois, après l'oophorectomie. Schröder, Mac Donald et d'autres ont rapporté des cas de ce genre.

Les Drs Sutton, Johnson, Mann, Emmet, Baker et Reamy rapportent des cas analogues.

Mouvements péristaltiques du canal génital. — Le Dr Chadwick a remarqué que les contractions de l'utérus provoquent le relâchement du vagin, et il assimile ce phénomène à celui qui se passe dans le rectum et la vessie. On peut considérer les trompes, l'utérus et le vagin comme un seul canal dont les muscles ne sont pas striés. On n'a pas constaté de contractions dans le vagin, et les *coliques vaginales* sont rares, mais on peut croire que le vagin suit la loi commune.

Le Dr T. Parvin (de Philadelphie) lit un mémoire sur la **paralysie faciale du fœtus causée par l'application du forceps**, et il en raconte un cas. L'enfant était guéri au bout de dix jours.

Le Dr Goodell a vu un cas de paralysie faciale droite.

Le Dr Richardson de même.

Le Dr Skene croit que cette paralysie est produite parfois par une hémorrhagie intra-cranienne.

Le Dr Wilson prend part à la discussion. (*Am. J. of obst.*, 1885, p. 1051.)

(*Résumé* par A. Cordes.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 3 septembre 1885

Cystome ovarique compliqué de péritonite et de phlegmatia dolens; ovariotomie double, guérison, par le Dr Baer. — L'auteur se prononce en faveur de l'intervention hâtive, dans ces cas, et, à l'appui de cette affirmation, il raconte un cas de **tumeur ovarienne polykystique** chez une jeune fille de 19 ans, qu'il a opérée de bonne heure, et avec un plein succès. Baer a enlevé les deux ovaires.

Le Dr Goodell félicite Baer de ces succès, mais il cite des cas pour montrer qu'il ne faut pas enlever les sutures de bonne heure ; la plaie peut se rouvrir.

Le Dr Goodell présente un **dilatateur utérin perfectionné**, pourvu de cannelures qui l'empêchent de glisser. Il préfère la dilatation rapide à l'opération sanglante et à l'emploi de tubes quelconques.

Le Dr Baer vient d'accoucher une dame à qui il a fait la section latérale du col, il y a quelque temps; pendant l'accouchement, il a craint que l'incision ne s'étendît jusqu'à l'utérus.

Le Dr C.-M. Wilson a vu un cas où la section bilatérale du col a donné lieu aux symptômes de l'ectropion. La trachéorrhaphie a guéri la malade.

Le Dr J.-G. Allen a fait 70 fois la dilatation rapide sans aucun accident.

Le Dr Goodell présente **deux kystes para-ovariens** qu'il a enlevés.

Il a souvent fait l'ablation du second ovaire sain, parce qu'il a vu que la maladie récidive parfois dans celui qu'on laisse; cela, naturellement, dans les cas où la malade n'a pas le bien vif désir d'avoir un enfant; dans ce cas, il laisserait un ovaire, même douteux. Les malades sont généralement fort satisfaites d'apprendre, après l'opération, qu'elles sont débarrassées de leurs deux ovaires.

Bromure d'éthyle. — Le Dr E.-E. Montgomery revient sur la communication qu'il a faite en avril dernier. Il a omis de dire que le Dr L. Turnbull a, le premier, en Amérique, employé ce médicament. Il croyait que le premier qui l'a utilisé en obstétrique est M. Lebert, de Paris. Aug. Wilson s'en est aussi servi, de même V.-A. Byrd, Chisolme et Prince.

Le Dr Montgomery présente un **polype fibreux de l'utérus** qu'il a enlevé. La malade a guéri rapidement.

Le Dr Goodell se sert peu du fil métallique pour l'ablation des polypes utérins; il préfère les tractions et la torsion, et l'énucléation avec les doigts.

Le Dr Montgomery fait observer que le fil a l'avantage d'enlever *toute* la tumeur. (*Amer. Journ. of obstetr.* 1885, p. 118.)

(*Résumé* par A. Cordes.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur quelques blessures des parties génitales produites par la provocation de l'avortement au moyen d'instruments, présenté à l'Association des médecins d'État le 26 septembre 1885, par M. Lesser (de Berlin).

M. Lesser présente onze observations et il résume ainsi le siège et le nombre des lésions :

8 lésions du vagin ;

20 lésions du col ou de celui-ci et des parties du corps avoisinantes ;

10 lésions des autres parties du corps utérin, en tout 38 lésions.

Siège. — 4 se trouvaient à la fois sur la partie antérieure et la paroi postérieure du vagin ;

7 dans la moitié supérieure ;

1 dans la moitié inférieure du vagin.

La paroi antérieure du col a été blessée 2 fois ; la postérieure, 12 fois. — Les lésions qui siégeaient à l'union du col et du corps occupaient toujours la paroi postérieure, et celles qui occupaient la partie supérieure de l'organe occupaient seulement la paroi qui répond à la vessie.

L'auteur a en outre relevé, dans la littérature de ces vingt dernières années, 28 cas analogues. Dans 7 de ces cas, il s'agit de lésions du vagin, 9 fois de lésions du col seul ou des parties avoisinantes de l'utérus, dans 12 observations la lésion portait sur le reste du corps utérin.

Ces blessures sont très différentes de celles qu'a lui-même observées M. Lesser. M. Gallard a trouvé dans trois autopsies de femmes, qui étaient mortes à la suite d'avortement, des ecchymoses dans la muqueuse des parois du vagin ; dans un quatrième cas, un médecin avait fait le tamponnement vaginal pour une hémorrhagie qui détermina la mort ; on trouva à l'autopsie de semblables contusions, et M. Gallard se demande si elles ont été causées par l'intervention thérapeutique ou par quelques manœuvres criminelles. Tardieu a vu trois petites blessures par un instrument piquant occupant la paroi antérieure du vagin, une seulement avait traversé complètement la muqueuse. M. Gallard rapporte une perforation de la paroi postérieure du vagin qui avait été produite par la malade elle-même ; elle s'était introduite dans le vagin une tige de fer longue de 17 pouces 1/2 si profondément, qu'elle échappait à ses doigts.

M. Lesser rapporte ensuite, incidemment, deux cas de Harris et de Morband de Salzat dans lesquels on observa, chez des femmes ayant avorté au sixième et au septième mois, une rupture des parois vaginales, avec ouverture du péritoine.

M. Gallard a vu chez une femme morte d'hémorrhagie à la suite d'un avortement au quatrième ou cinquième mois une déchirure de dimensions peu importantes à la partie inférieure de la vulve et sur la paroi postérieure du vagin. On se demanda si cette lésion n'avait pas été produite par un jeune médecin qui avait examiné la malade après le début de l'hémorrhagie. M. Gallard repousse énergiquement cette origine, ainsi que le médecin traitant. L'auteur dit connaître un cas

dans lequel une perforation de la cloison fut acquise à la suite d'u cours de toucher. Il cite ensuite une autre conclusion de M. Gallard une fille affirmait avoir avorté à trois mois, sept ans auparavant, et depuis cette époque, ne pas avoir accouché. M. Gallard trouva, à l partie postérieure de la vulve, une petite cicatrice blanchâtre, allon gée, et en conclut que cette femme n'avait pu avorter à une périod de la grossesse aussi peu avancée que le troisième mois, et qu'un semblable lésion avait pu être produite seulement par le passag d'un enfant à terme ou bien près de l'être.

L'auteur dit à ce propos avoir vu un cas (lequel est de Liman et est rapporté dans le Manuel de Casper) dans lequel une déchirure de 1 centimètre de longueur succéda à un avortement au quatrième ou cinquième mois. Une sage-femme avait introduit toute la main droite dans l'utérus pour détacher des restes de placenta.

Dans 9 cas sur 29 cités par M. Lesser, les lésions occupaient le col seul ou le col et les parties avoisinantes du corps. Quinze fois on trouva des solutions de continuité produites par des manœuvres et une contusion qui occupait la lèvre postérieure. Les déchirures avaient ou la forme d'un demi-canal, d'un sillon ou d'une fossette.

Dans les autres parties de la moitié inférieure du corps utérin, toujours sur la paroi postérieure, se trouvaient des perforations dont la plupart étaient de la dimension d'une lentille ; une seule fois, elles atteignaient 2 et 3 centimètres. Dans six cas, les blessures occupaient la moitié supérieure ou le fond de l'utérus. Deux fois, il s'agissait d'une perforation de la dimension d'un pois; dans deux cas, cette perforation atteignait 3 et 5 centimètres ; des cas analogues sont cités par Maschka, Devergie, Tardieu.

M. Lesser rapporte ensuite un cas de Coutagne (Des ruptures utérines pendant la grossesse) concernant une jeune fille de 21 ans qui, étant enceinte, va chez une sage-femme pour se faire avorter; une heure après son entrée chez cette femme, elle est si gravement malade, qu'on appelle un médecin; elle meurt au bout de deux jours. La sage-femme raconte que, peu de temps après être entrée chez elle, elle est tombée et qu'elle a commencé alors à perdre du sang par le vagin. Coutagne fait l'autopsie six jours après la mort et trouve, au niveau du fond de l'utérus, une rupture longue de 10 centimètres et demi s'étendant d'une trompe à l'autre. Le fœtus, long de 15 centimètres, est à moitié passé dans le péritoine. Coutagne conclut à une rupture faite par une manœuvre abortive, et agrandie ensuite par les

contractions de l'organe. Pour M. Lesser, l'observation en question ressemble beaucoup aux quelques rares faits connus de rupture spontanée de l'utérus gravide ou de ruptures succédant à des pressions pratiquées sur la paroi abdominale, et il déclare qu'il ne lui est pas possible d'attribuer cette rupture à des manœuvres de la sage-femme qui ne sont prouvées par rien.

Dans 37 cas d'avortement provoqué, bien constatés, on a trouvé des lésions portant : 37 fois sur le col et sur les parties voisines du corps, 26 fois sur le reste du corps, 12 fois sur le vagin ; dans trois cas, on a trouvé des contusions des parois vaginales et une fois une contusion de la muqueuse du col.

M. Lesser se pose, sans pouvoir la résoudre, cette question : L'avortement est-il survenu plus vite dans les cas de blessure du corps utérin, ou dans ceux de lésion du col ou seulement du vagin ? Les blessures de l'utérus ont généralement été suivies de l'avortement dans les 24 ou 48 heures. Dans les cas de lésion du col, un intervalle variant de 1 à 19 jours s'est écoulé jusqu'à l'expulsion du fœtus. Dans l'observation 7, l'avortement n'eut lieu que 19 jours après les manœuvres et il a semblé que les contractions utérines avaient été provoquées par un état infectieux grave, dont le point de départ avait été dans les lésions constatées. Dans plusieurs autres cas, on constata aussi une infection septique à manifestations graves, avant l'avortement. Ni le siège, ni l'étendue des lésions ne seraient des facteurs puissants pour la rapidité de l'avortement, pour l'énergie ou la fréquence des contractions de la matrice.

Cette proposition, en apparence paradoxale, paraît moins étrange, si on considère que les tentatives dont les traces sont constatées sur le cadavre sous forme de blessures ne représentent pas du tout la totalité des influences qui ont été dirigées contre la matrice et son contenu. Un plus au moins grand décollement des membranes de l'œuf et du placenta, une perforation de l'œuf ne peuvent déjà plus être reconnus sur le cadavre de la mère, après le début de l'avortement.

La longueur de la maladie était influencée par la présence ou l'absence des blessures et non par leur dimension. La mort est alors amenée par fièvre puerpérale, et il semble naturel d'admettre, dans beaucoup de cas, que l'infection débute en même temps que les manœuvres abortives.

MONPROFIT, interne des hôpitaux.

Etude clinique sur les maladies des femmes, par le Dr H. Schafier. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

L'auteur émet une théorie nouvelle de la menstruation. Suivant lui, l'écoulement menstruel, essentiellement subordonné au travail de l'ovulation, serait produit par l'action de *nerfs dilatateurs des vaisseaux utérins*, action s'exerçant plus particulièrement sur des ouvertures dont leurs extrémités seraient pourvues. En faveur de cette théorie, M. Schafier fournit un certain nombre d'arguments, parmi lesquels il range ce fait que *l'injection des vaisseaux utérins, faite sur le cadavre, quelle que soit la force avec laquelle on la pousse, n'arrive jamais à produire l'exsudation sanglante au niveau de la muqueuse utérine*. Il faudrait donc, à son avis, admettre l'intervention, durant la vie, d'une force active qui agirait sur les orifices terminaux en question.

Quoi qu'il en soit de la justesse de la théorie, il convenait de la signaler. On la retrouve en effet dans tout l'ouvrage. L'auteur explique par elle les troubles de la menstruation et en déduit en partie sa thérapeutique.

Nous n'entrerons pas dans l'analyse des différents chapitres du livre, nous bornant à indiquer l'enseignement important qui se dégage d'une première lecture : *Il faut toujours, dans le traitement des maladies des femmes, accorder une grande attention à l'état du système nerveux*. Pour trop négliger ce précepte, beaucoup de médecins voient leur thérapeutique échouer là où un confrère, plus avisé, réussit à bref délai. Plexus hypogastrique, plexus solaire, moelle, cerveau jouent un rôle pathogénique, considérable parfois, dans certaines maladies des femmes. Inversement, *il faut se garder d'être trop enclin à admettre l'existence d'une névrose*, car, assez souvent, un examen attentif, parfois même les résultats fournis par une thérapeutique judicieuse, témoignent que les troubles nerveux les plus intenses sont sous la dépendance d'une lésion très nette, *quand on la recherche ;* de plus, très aisément curable. A ce point de vue, l'ouvrage renferme des faits très concluants.

En somme, on peut faire deux parts de ce livre : (*a*) part théorique ; (*b*) part clinique.

En faveur de la première, l'auteur donne un certain nombre de raisons, mais la démonstration rigoureuse manque : c'est une nou-

velle hypothèse, ajoutée aux anciennes, et qui, comme elles, a son plaidoyer.

Quant à la seconde partie, elle repose sur un grand nombre d'observations personnelles, très clairement rapportées. Elles sont très intéressantes et fort instructives, et, à ce double point de vue, on ne peut que vivement recommander le livre de M. le Dr Schafler.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire développés dans l'excavation pelvienne, par M. le Dr Guichard (d'Angers). — Ce travail, qui a été lu à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris, a eu pour point de départ une observation très intéressante de kyste dermoïde développé dans l'excavation. La tumeur, qui n'avait alors provoqué aucun phénomène fâcheux, avait été constatée par M. Guichard au cours d'un examen pratiqué, à l'occasion d'une grossesse, chez une dame d'une vingtaine d'années. Sous l'influence de l'accouchement, qui nécessita une application de forceps, le kyste devint le siège de phénomènes inflammatoires qui se compliquèrent d'accidents de pelvi-péritonite. Six mois après survint une nouvelle poussée qu'on combattit par l'application de plusieurs vésicatoires et le repos au lit. La dame fut plus tard envoyée aux bains de mer, et sa santé générale paraissait se modifier heureusement, lorsqu'à la suite de quelques fatigues, les accidents réapparurent. Il y eut écoulement par le vagin d'un liquide purulent, brunâtre, etc. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et deux années environ après l'accouchement, la tumeur fut ponctionnée par le vagin, et on retira un litre et demi de liquide. « *Le liquide du premier litre s'écoula avec la plus grande facilité ; celui du second litre s'écoula plus difficilement* ; *des grumeaux passaient à l'index du verre ; examiné, il présenta des flocons épais, graisseux, sans aucun produit étranger.* » Huit jours après, la situation de la malade parut tellement sérieuse, qu'on se décida pour une opération radicale. Elle fut faite en deux fois, en raison des difficultés qu'on rencontra et de l'état d'épuisement dans lequel était l'opérée à la fin de la première séance. On retira de la tumeur *des masses de graisse, des poils, une longue mèche de cheveux et une partie dure, osseuse, recouverte d'un*

tissu dermoïde sur lequel s'implantaient des poils, et qui présentait en outre des alvéoles dentaires avec deux dents adhérentes. Les manœuvres avaient été rendues très délicates, en raison de l'existence, au voisinage du champ opératoire, d'une artère volumineuse dont on sentait très bien les battements.

Le traitement consécutif consista dans une antisepsie très rigoureuse et le drainage de la poche kystique. La suppuration, néanmoins, se prolongea six mois, mais la guérison fut complète.

M. Guichard divise les kystes dermoïdes en deux grandes classes : A. *kystes situés dans le grand bassin* ; B. *kystes situés dans le petit bassin* ; ces derniers se subdivisant en : kystes qui ont tendance à se développer dans la cavité abdominale et sont accessibles par la paroi abdominale, et kystes qui ont tendance à se développer profondément dans l'excavation pelvienne et sont accessibles par le vagin et non par la paroi abdominale.

Il traite ensuite plus spécialement des kystes de l'excavation au point de vue du diagnostic et des indications opératoires. On sera en droit de poser par exclusion le diagnostic de *kyste dermoïde de l'excavation à son état de simplicité*, lorsque, par le toucher vaginal, on constatera la présence d'une tumeur arrondie, bosselée, inégale, indolente, sans augmentation de chaleur et sans battements, donnant la résistance d'un amas de matières fécales persistant malgré des lavements répétés, et fournissant une sensation particulière différente de celle de l'œdème, de la fluctuation d'un kyste de l'ovaire, d'un abcès du ligament large. Quand *le kyste dermoïde est enflammé*, il reste une indication précieuse pour assurer le diagnostic : la ponction exploratrice, suivie de l'examen minutieux du liquide obtenu.

Indications opératoires. — Tant que le kyste reste à l'état de simplicité, garder l'expectation. Lorsqu'il survient des phénomènes inflammatoires ou des accidents assez sérieux pour mettre en danger la vie de la femme, il faut intervenir, et l'intervention variera suivant les cas.

A-t-on affaire à des kystes développés dans le grand bassin et en rapport avec la paroi abdominale, il faut recourir à la gastrotomie, qui, dans l'espèce, paraît d'un pronostic plus favorable que lorsqu'il s'agit de kystes séreux de l'ovaire. *Est-on en présence de kystes situés dans l'excavation ?* S'ils sont accessibles par la paroi abdominale, ils peuvent être guéris par l'incision suivie du drainage. Néanmoins, la suppuration pouvant être longue, mieux vaut peut-être les ponctionner

au niveau de leur partie déclive et assurer ensuite un drainage effectif. Quant aux kystes profondément situés dans l'excavation, qui ont contracté des adhérences plus ou moins nombreuses avec les parties environnantes, il faut les traiter par l'*incision vaginale*, qu'on fera partir du point même où l'on aura fait la ponction exploratrice, qu'il ne faut jamais négliger. On recherchera toujours avec soin les vaisseaux artériels, que l'on constate toujours dans les parois ou dans leur voisinage, afin d'éviter des hémorrhagies très graves. On débarrassera la poche de la matière grasse avec des injections d'éther rectifié, et là on fera le drainage et l'antisepsie rigoureuse de la poche. Des injections irritantes à la teinture d'iode ou des cautérisations seront nécessaires à la dernière période pour amener la cicatrisation complète du kyste.

Convulsions puerpérales sans albuminurie. — Le fait est rapporté par le Dr Vaccino, de Rodosta. Il se rapporte à une femme, jouissant d'une bonne santé habituelle, sauf quelques attaques d'hystérie. Au quatrième mois d'une première grossesse, elle fut prise d'une hémicrânie très douloureuse, intermittente, type quotidien. Vers la fin du sixième mois, elle fut une nuit brusquement réveillée par une douleur céphalique violente, que suivirent quelques convulsions localisées aux membres supérieurs. Au matin, on la trouve avec des convulsions généralisées et sans connaissance. Une écume sanglante s'écoulait de la bouche, le pouls était petit et résistant. *Mais l'urine était alors et ne cessa pas d'être normale.* Plusieurs méthodes de traitement étant restées absolument inefficaces, on provoqua l'accouchement prématuré au moyen d'une injection d'eau chaude (32°). Trois heures et demie après, la dilatation était complète et elle fut bientôt suivie de l'expulsion d'un enfant mort. Les convulsions cessèrent immédiatement et douze jours plus tard, la femme pouvait reprendre ses travaux domestiques; santé parfaite. Survient une deuxième grossesse. Au huitième mois, les convulsions réapparaissent plus violentes que lors de la première atteinte. Le chloroforme et le chloral restent inefficaces; de nouveau, on a recours aux injections vaginales chaudes. Mais il fallut cette fois terminer l'accouchement par une application de forceps. Cinq heures après la délivrance, cessation des accès éclamptiques et convalescence rapide, dix-sept jours. Troisième grossesse; au deuxième mois, surviennent quelques symptômes avant-coureurs des convulsions; ils sont augmentés par le toucher vaginal.

Avortement spontané. Jamais il n'y a eu d'albumine dans les urines (*Week. med. Rev.*, n° 17, vol. XII, 1885).

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des positions postérieures de l'occiput, par le Dr Richardson.— Une des erreurs les plus communes en accouchements consiste à méconnaître les positions postérieures. De là les plus grands ennuis pour le médecin praticien. Il y a grand intérêt, lorsqu'il s'agit de ces présentations, de s'être appliqué à faire le diagnostic de bonne heure. A ce point de vue, le palper abdominal est d'un grand secours. D'après l'auteur, *le défaut de rotation de l'occiput en avant provient d'une déflexion plus ou moins accusée de la tête.* Si donc, l'on ignore la position, si l'on ne se rend pas compte que l'accouchement ne se termine pas parce que la rotation n'est pas faite, on est conduit à faire une application de forceps qui sera défectueuse. Les tractions ont pour effet d'augmenter la déflexion ; il faut donc s'appliquer à faire le plus tôt possible le diagnostic de la position. Quand on l'a fait et que le travail se déclare, il n'y a, dans la majorité des cas, qu'à surveiller la marche de l'accouchement, lequel d'ordinaire se termine spontanément. Mais, si l'on constate au cours du travail une tendance à la déflexion, laquelle rend la fontanelle antérieure de plus en plus accessible, il faut intervenir.

Les doigts de la main droite, si l'occiput est tourné vers le côté droit de la mère, seront appliqués sur la région frontale du fœtus, et, durant la contraction, ils devront opposer une ferme résistance sans exercer de pression active, afin de prévenir une déflexion plus considérable. Il faut laisser la flexion de la tête se produire à la faveur de la pression exercée sur l'occiput par les contractions utérines. Enfin, lorsque la déflexion est trop accusée pour qu'il soit permis d'espérer de la réduire de cette manière, il faut recourir au forceps, et l'on doit se proposer avec cet instrument de fléchir d'abord la tête. Pour cela, *l'auteur applique le forceps à l'envers* (1), *pour ainsi dire ; c'est-à-dire, la convexité des cuillers regardant vers la symphyse, la courbe céphalique de l'instrument passant au-dessus des oreilles du fœtus, et les extrémités des cuillers prenant leur prise*

---

(1) C'est là une façon d'appliquer le forceps qui pourra sembler quelque peu originale aux accoucheurs français. R. L.

sur l'occiput. L'instrument étant ainsi appliqué, les tractions s'exercent surtout sur l'extrémité occipitale qui finit par devenir la partie la plus déclive. Le résultat obtenu, on peut abandonner le cas à la nature, et la rotation s'effectue d'ordinaire très vite. Mais, si une circonstance quelconque nécessite la terminaison rapide de l'accouchement, on réapplique alors le forceps suivant les règles ordinaires; et, tout en faisant les tractions, on cherche à favoriser le mouvement de rotation en avant (*Week. med. Rev.*, N° 18, vol. XX, 1885).

Mamelles douloureuses chez les jeunes filles, par le Dr J. H. Morgan. — Le Dr Morgan a observé plusieurs fois, bien qu'assez rarement, des tuméfactions douloureuses des mamelles chez des jeunes filles âgées de 10 à 11 ans. Au début, ces douleurs paraissent continues et ne sont généralement guère influencées par le traitement local ou général. Au bout d'un certain temps, elles deviennent intermittentes et finissent par disparaître complètement. La tuméfaction est relativement modérée, et il n'existe pas de phénomènes franchement inflammatoires.

En raison du siège, beaucoup plus fréquent à gauche, de l'affection, le Dr Morgan pense qu'il faut incriminer, dans une certaine mesure, les compressions exercées sur le sein gauche, lorsque les enfants écrivent. Quant à la cause primordiale, il faudrait la rechercher dans une série de phénomènes engendrés au niveau des mamelles, en raison de la solidarité étroite qui existe entre ces organes et l'ovaire et d'une manière plus générale, tout l'appareil génital. Vers l'âge de 10 à 11 ans, en effet, l'appareil génital doit vraisemblablement commencer à subir la série des modifications qui aboutissent à la puberté (*Brit. med. Jour.*, 17 octobre 1885).

Dr R. Labusquière.

Inversion utérine complète, datant de neuf ans; réduction au moyen du replaceur d'Aveling; remarques. — Le Dr William Duncan a observé dans son service à *l'Hôpital Royal pour les maladies des femmes et des enfants* le cas suivant (les notes ont été prises par le Dr Sutherland) : Mme H..., agée de 33 ans, se plaignant de pertes continuelles, entre à l'hôpital le 1er septembre 1884. Bonne santé antérieure, menstrues régulières depuis l'âge de 13 ans. Mariée à 20 ans, elle a eu trois grossesses; les deux premières terminées à 8 et à

7 mois, la troisième alla à terme, quatorze mois après la seconde. L'accouchement conduit par une sage-femme dura deux heures; après la sortie du fœtus, l'accouchée s'évanouit, et resta inconsciente pendant plusieurs heures; elle ne se souvient pas si elle a beaucoup perdu. Quatre jours plus tard, elle voit sortir une tumeur semblable à du foie; elle se lève le dix-huitième jour, quoique très faible, elle nourrit onze mois, perdant toujours, tantôt plus, tantôt moins, du sang, souvent de mauvaise odeur. La perte dure jusqu'à présent, revenant plus abondante tous les quinze jours, et étant quelquefois accompagnée de caillots.

Au moment de l'admission elle paraît bien portante, mais présente une pâleur anémique; on trouve dans le vagin une tumeur ronde, grosse comme une grosse figue verte, dout l'extrémité supérieure est rétrécie; le doigt ne rencontre aucun sillon entre la tumeur et le fond du vagin. La sonde vésicale sent le doigt rectal; c'est que l'utérus n'occupe pas sa position normale. La tumeur peut-être amenée sans douleur avec une pince à griffes jusqu'à la vulve; on ne voit pas les orifices des trompes, mais deux petites dépressions latérales semblant correspondre à ces ouvertures.

Le 2 septembre à 4 h., on introduit l'instrument d'Aveling dans le vagin, et l'on presse légèrement sur la tige, puis on fait une injection de morphine de 2 centigrammes.

Le lendemain, la malade paraît bien. P. 96, T. 37°,7; pas d'hémorrhagie pendant la nuit. L'instrument a glissé en avant de l'utérus; on le replace et on le fixe moins serré; on introduit des tampons phéniqués dans le vagin, on sonde. Dans l'après-midi, on enlève le réducteur et on trouve l'utérus en *statu quo ante*. On lave le vagin avec de l'eau phéniquée, on replace l'instrument que l'on fixe très serré.

Le 4. La malade a bien dormi grâce à l'opium; à 4 h., à la visite, le D[r] Duncan trouve l'instrument *enterré* dans l'utérus réduit. C'est avec beaucoup de peine qu'on le retire, en dilatant le col, dont quelques fibres se déchirent; il se produit une hémorrhagie artérielle, qui oblige à faire un tamponnement au perchlorure, et une injection d'ergotine, et on tient la malade sous l'influence de l'opium. La température monta jusqu'à 39° le 5; le 7, l'amélioration se déclare, et le 18, la malade n'est plus que faible et anémique, l'utérus est normal, le col est un peu gros.

Remarques. — Duncan insiste, à propos de ce cas, sur la néces-

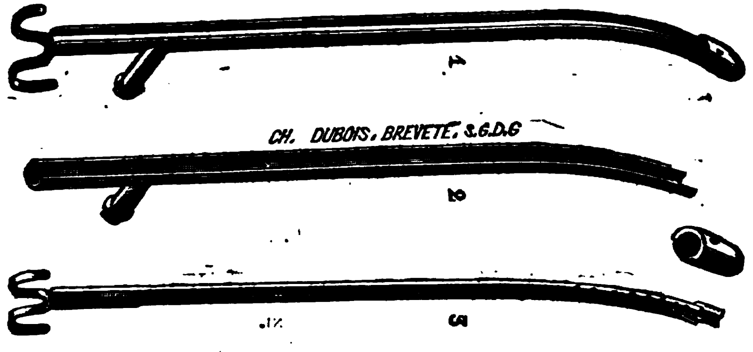
sité absolue d'examiner une femme qui perd, *même pendant sa perte*, et malgré sa répugnance. Après avoir prescrit de l'ergot, il se refuse à suivre la malade, si, continuant à perdre, elle ne se soumet pas à l'examen. L'oubli de cette règle a été fatal à plusieurs femmes, dans le cancer par exemple, où un traitement institué de bonne heure aurait pu arrêter les progrès du mal. Lorsqu'on applique le réducteur d'Aveling, il faut examiner souvent pour voir ce qui est advenu de l'instrument, et éviter l'accident qui s'est produit dans ce cas. (*Lancet*, t. II, p. 590.)

A. Cordes.

VARIÉTÉS

Les sondes à injections intra-utérines. — Les essais multipliés qui se sont faits dans ces derniers temps prouvent que les médecins ont enfin compris les défectuosités des instruments anciens.

Nous les avons, nous-même, signalées dans une note publiée dans ce journal.



Au lieu d'être copiées sur les sondes *évacuatrices*, comme elles l'ont été, à tort jusqu'ici, les sondes à injections intra-utérines, pour être à l'abri de tout reproche (surtout depuis l'adoption à peu près générale de la méthode antiseptique), doivent réunir les conditions suivantes :

1° Etre construites en matière incassable ;

2° Les ouvertures doivent être disposées de manière à ce que le

quide de l'injection atteigne facilement et *sans jet violent toute* la surface interne de l'utérus ;

3° Il faut que le liquide injecté trouve une sortie libre *au fur et à mesure* de son introduction ;

4° L'instrument doit être facile à démonter et à nettoyer.

Toute sonde qui ne réunit pas cet ensemble de conditions est défectueuse.

Nous avons fait construire, sur ces principes, l'instrument dont nous donnons ici la figure.

Nous prions nos confrères de vouloir bien l'expérimenter afin de décider s'il remplit les conditions indispensables que nous avons formulées ci-dessus.

Professeur PAJOT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Manuel de gynécologie, par les Drs HART et BARBOUR. Ouvrage traduit sur la 2e édition par le Dr CROUZAT, avec une préface du Dr P. BUDIN. — Un vol. in-8 avec 400 figures intercalées dans le texte et 9 planches. Prix : 14 fr. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Lo speculum delle partorienti inventato per uso clinico. Prof. C. MINATI.

Un cas de castration pour fibrome utérin. F. FRAIPONT.

Variations de composition et réactions chimiques des humeurs normales et morbides de l'appareil génital de la femme. P. MÉNIÈRE (d'Angers).

The clamps suture and the range of its applicability, considered in relation to the cure of the injuries incident to parturition, with statistics. N. BOZEMAN.

Bassin scolio-rachitique. L. DUMAS et F. PASSARINI.

De l'allongement hypertrophique et de l'élongation de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. Th. LOGHIADES.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

RUPTURE DE LA MATRICE. — OPÉRATION DE PORRO. GUÉRISON.

Communication faite par le professeur **Slawjansky**, à la séance du 23 novembre 1885 de la Société chirurgicale russe, à Saint-Pétersbourg.

Messieurs,

Dans cette séance solennelle, consacrée à la mémoire de notre illustre maître Pirogoff, je suis heureux de pouvoir appeler votre attention sur une opération qui est encore d'une pratique rare dans notre pays.

Je m'étendrai peu sur l'opération de Porro, désirant surtout vous entretenir d'une opération de ce genre que j'ai pratiquée il y a quarante-sept jours. Ce cas me paraît présenter un grand intérêt, en raison des circonstances qui ont motivé l'intervention et du résultat heureux qui l'a suivie.

L'opération dite de Porro, ou amputation utéro-ovarique, a été faite, pour la première fois, à Pavie, en 1876, par le professeur Porro. Pour les dix années qui se sont écoulées depuis cette époque, nous avons pu réunir 175 cas de ce genre.

Porro a conseillé de substituer cette nouvelle méthode opératoire à l'ancienne opération césarienne, que l'on a appelée depuis *opération césarienne classique*.

Ultérieurement, les auteurs ont désigné sous le nom d'opération de Porro toutes les opérations qui, d'une manière ou d'une autre, aboutissent à l'ablation simultanée de l'utérus et de ses annexes. Ce sens plus général permet, dès à présent, de constituer un groupe d'opérations, ayant pour base le même cadre pathologique et répondant, par conséquent, aux mêmes indications. Le fait pathologique consiste dans la *rupture de l'utérus gravide, compliquée du passage plus ou moins complet de son contenu dans la cavité péritonéale.*

Or, après avoir fait la laparotomie dans le but d'extraire le fœtus de la cavité abdominale, on a, dans certains cas, constaté que l'amputation utéro-ovarienne était nettement indiquée, et l'opération de Porro a alors été pratiquée (laparo-hystéro-oophorectomia uteri gravidi rupti).

Mais, d'après les statistiques de Godson (1), il n'y aurait eu, jusqu'à ce jour, que *sept cas* de cette nature ! Nous en trouvons bien un autre dans la littérature allemande, celui du Dr Halbertsma (2), dans lequel l'indication de l'intervention résidait aussi dans une rupture de la matrice. Mais, en réalité, ce nouveau cas ne saurait être rangé parmi les faits que nous envisageons ici, pour les raisons suivantes : 1° la rupture de la matrice était incomplète, et le contenu de cet organe n'était pas passé dans la cavité péritonéale ; 2° au cours de l'intervention, Halbertsma, pour opérer l'extraction du fœtus et du délivre, avait dû inciser la matrice sur la région opposée à celle du siège de la rupture, et, par cela même, son opération prenait place parmi les opérations de Porro *vraies*.

Pour ne pas m'étendre trop longuement, j'ai réuni et résumé tous les cas connus dans le tableau suivant :

---

(1) *British med. Journ.*, 1884 et 1885.

(2) *Centralblatt für Gynäk.*, 1881, p. 67.

TABLEAU DES OPÉRATIONS DE LAPAROTOMIE AVEC AMPUTATION CONSÉCUTIVE DE L'UTÉRUS GRAVIDE ET DES OVAIRES, D'APRÈS GODSON (*British medical Journal*, 1884, I, et 1885, I).

Numéros.	L'année, le mois et la date de l'opération.	L'opérateur.	L'hôpital ou la maison privée.	L'âge.	Le nombre d'accouchements.	Le temps de l'opération après la rupture.	L'état de la malade.	Issues: Pour la mère.	Issues: Pour l'enfant.	La cause de la mort de la mère.	La méthode adoptée pour le traitement du pédicule.	Pansement.	Durée de l'opération.	
1	1878. 22 nov.	Prevot (Moscou, Russie).	L'hôpital.	23	4	10 heures.	Peritonitis incipiens.	Morte 5 jours apr. l'op.	Morts avant l'opération.	Hémorrh. répétée du pédicule.	Extra-périt. Serre-nœud.	Lister.	45 min.	*Amer. Journ. of obst.*, 1885, chez Harris.
2	1880. 12 fév.	Säxinger (Tuebingen).	Clinique.	20	1	6 heures.	Tympanitis uteri. Faible.	Morte 33 heures apr. l'op.		Collaps. gangrèn. utér. et vaginal.	Extra-périt. Serre-nœud.	Lister, spray.	70 min.	Communiqué à Godson.
3	1881, 14 mars.	Pasquali (Roma).	Clinique.	38	3	2 jours en couche. Le temps de la rupture pas indiqué.	Favorable.	Morte 24 heures apr. l'op.		Septicémie.	Intra.-périt.	Lister, sans spray. Drainage.	1 h.	*Annali di obst. di Milano*, 1881, vol. III.
4	2 avril.	F. Fornari (Ascoli, Piceno).	Mais. privée.	27	Inconnu.	12 h. en couche. Le temps de la rupture pas indiqué.	Défavorable.	Morte 51 heures apr. l'op.		Peritonitis.	»	»	1 h. 1/2	*Raccoglitore medico di Forli*, 1881, vol. XV.
5	1882, 21 mars.	Marchand (Paris).	L'hôpital.	26	3	1 heure 1/2.	Très mal.	Morte la même journée.		»	Extra-périt. Ecraseur.	»	45 min.	Communications personnelles à Godson.
6	2 nov.	Grigg (Landre).	»	25	2	22 heures.	Collapsus.	Morte 15 heures apr. l'op.		Collapsus.	Extra-périt. Serre-nœud.	»	2 h. 3/4	
7	1883. 18 déc.	Violani (Forli, Italie).	Mais. privée.	27	3	12 heures.	Collapsus.	Morte 48 heures apr. l'op.		Peritonitis septica.	»	Lister incomplet.	40 min.	*Raccoglitale medico di Forli*, 1883, vol. XX.

Ainsi qu'on le voit, d'après ce tableau, l'issue a toujours été fatale pour les mères ; quant aux enfants, ils avaient succombé bien avant l'opération.

Aussi, en face d'un pronostic aussi décourageant que celui qui ressort de l'ensemble de ces faits, n'est-on autorisé à adopter une semblable méthode d'intervention qu'après avoir fait une étude minutieuse de chaque cas particulier, après en avoir parfaitement saisi les indications. Or, le cas qui nous intéresse aujourd'hui a pleinement justifié, par son issue favorable, notre appréciation sur les indications qu'il offrait et sur l'opportunité qu'il y avait à recourir à l'opération de Porro.

Le 6 octobre 1885, la femme d'un employé, Catherine Efdokimof, âgée de 37 ans, était transportée à la clinique de l'Académie impériale de médecine. Enceinte pour la neuvième fois, elle était alors dans le dixième mois de la grossesse et une semaine avant terme. Le 5 octobre, vers 6 heures, comme elle traversait une des rues de Vassili-Ostroff, elle avait été atteinte par un wagon de la 2e Compagnie des tramways et renversée sur les rails. Dans sa chute, elle était tombée sur le côté gauche de l'abdomen et elle avait été, en outre, un peu pressée par le véhicule en question. Une hémorrhagie assez abondante des parties génitales, s'était produite à la suite de l'accident, et, durant le transport jusqu'à son domicile, la blessée avait perdu connaissance. Revenue à elle peu de temps après, ce n'est cependant que le 6 octobre, à 2 heures de l'après-midi, qu'elle fut vue par un médecin spécialiste, le Dr Smolski. Or, jugeant la situation grave, notre cher collègue conseilla le transport de la patiente à la clinique.

Voici en quelles conditions elle se trouvait, lorsque nous l'examinâmes à la clinique, vers 8 heures du soir : femme assez forte, de taille moyenne, douée d'un pannicule adipeux bien développé. La peau est pâle, les muqueuses légèrement cyanosées. La malade a parfaitement conscience de ce qui se passe autour d'elle ; ses traits sont crispés ; sur la moitié interne de l'œil gauche apparaît une forte ecchymose ;

il en existe de semblables au niveau de la région fessière, principalement du côté gauche. Le thorax ne présente aucun changement ; le ventre est très sensible à la pression. La température est 38°,1 et le pouls bat 138 fois par minute.

En raison de la gravité de la situation, et en consultation avec le professeur Bider, nous nous décidons à pratiquer l'examen objectif de la cavité abdominale, après chloroformisation de la patiente.

L'abdomen, augmenté de volume, présente des parois très minces. Par le palper, on trouve, immédiatement sous la paroi abdominale et vers la fosse iliaque gauche, la tête du fœtus, sur laquelle on arrive à reconnaître les sutures qui aboutissent à la grande fontanelle. En remontant un peu à droite, on sent le tronc du fœtus et l'on peut même reconnaître quelques côtes. Les fesses sont en haut et un peu à droite de la ligne médiane. A droite du fœtus, on éprouve, sur une étendue égale environ à deux largeurs de main, une sensation de résistance très nette, mais résistance qui ne se fait pas suivant un contour bien défini. Le fœtus est mobile, les bruits du cœur sont introuvables. Par le toucher vaginal, on constate que le col n'est pas effacé ; néanmoins, l'orifice est facilement dilatable et permet l'introduction de deux doigts. L'orifice interne dépassé, on arrive à droite sur la paroi utérine et l'on touche aisément le bord du placenta ; mais, à gauche, on ne trouve plus la paroi utérine et, en pratiquant le toucher par le procédé bimanuel, on parvient à rapprocher les doigts des deux mains de telle façon qu'ils ne sont plus séparés que par la paroi abdominale. Pénétrant plus profondément, par en haut, on rencontre un pied du fœtus ; entre le pied du fœtus et les doigts explorateurs, on constate la présence des membranes fœtales. *Mais, sur aucun point, on n'arrive à reconnaître les bords de la rupture utérine.*

L'ensemble de ces signes objectifs ne permettait pas d'affirmer, avec toute l'exactitude désirable, qu'il s'agissait d'une rupture complète de la matrice avec passage du fœtus dans la cavité abdominale. Il nous manquait, en effet, un signe im-

portant, pathognomonique même, celui qui découle de la constatation bien nette du corps de la matrice, laquelle, en pareil cas, est située à côté du fœtus, dans la cavité abdominale. Or, au lieu de ce corps possédant un contour bien défini, nous n'avions que cette résistance, à localisation mal limitée, dont nous avons parlé précédemment. Le palper abdominal, avec lequel nous arrivions à reconnaître si distinctement toutes les parties fœtales, était bien de nature à nous porter à admettre que le fœtus était déjà passé dans la cavité abdominale, mais il est reconnu que, chez certaines pluripares, la minceur extrême des parois abdominales et utérines peut, lorsqu'on pratique la palpation, donner lieu à des sensations absolument semblables à celles que nous avions éprouvées.

L'histoire de la malade, la probabilité de l'existence d'une lésion traumatique, l'hémorrhagie abondante des parties génitales qui s'était produite immédiatement après la chute, la perte de connaissance et les phénomènes de collapsus, tout cela, ajouté aux résultats fournis par l'examen objectif, témoignait fortement en faveur d'une rupture utérine. Mais cette rupture était-elle complète ou incomplète ? Ce point du diagnostic n'avait pu être fixé.

En résumé, notre diagnostic fut : *rupture traumatique de l'utérus gravide.*

Quant à la situation exacte du fœtus, était-il passé complètement dans la cavité abdominale, était-il resté, au contraire, dans la région sous-péritonéale ? Semblables questions ne pouvaient être résolues qu'au cours de l'intervention obstétricale. En tout cas, l'ensemble des circonstances imposait un traitement énergique, immédiat, et montrait que l'accouchement devait être terminé avec le secours de l'art.

On pouvait intervenir de deux manières : ou terminer l'accouchement par les voies naturelles (version), ou se créer une voie artificielle par la paroi abdominale (section césarienne).

Or, le premier mode d'intervention était bien séduisant, parce qu'il était très aisé d'atteindre le pied du fœtus. Il suffisait, en effet, de rompre les membranes et l'on pouvait exé-

cuter la version, qui semblait, en outre, devoir être singulièrement facilitée par la mobilité du fœtus.

Mais considérant, d'autre part, que nous ne savions pas, même d'une façon approximative, le siège anatomique de la rupture de la matrice ; que nous ignorions, en outre, absolument le changement qu'elle avait pu éprouver depuis le moment de sa production, nous n'avons pu donner la préférence à cette méthode d'intervention. D'ailleurs, nous appréhendions de favoriser, si nous rompions les membranes, l'accès de l'air dans l'utérus, peut-être même dans la cavité péritonéale, et de créer ainsi une circonstance favorable à l'infection.

Quant au deuxième mode d'intervention, l'extraction du fœtus par la laparotomie, il nous a paru parfaitement indiqué par la possibilité que la rupture de l'utérus fût complète et que l'enfant fût entièrement passé dans la cavité abdominale. Néanmoins, nous pensons que si nous avions eu la certitude que la matrice fût incomplètement déchirée et que le fœtus fût resté au-dessous du péritoine, c'eût été, au contraire, l'intervention par les voies naturelles qui eût été de beaucoup préférable.

En raison du défaut de netteté qu'il y avait dans les indications, lequel était dû à l'impossibilité où l'on était de poser un diagnostic précis, nous nous sommes décidé à faire une laparotomie exploratrice. Or, grâce à la minceur remarquable de la paroi abdominale, il suffisait de faire une incision très petite. De plus, il suffisait aussi d'inciser le péritoine, seulement de quelques millimètres, immédiatement au-dessus de la tête fœtale; car il devait être certainement possible de s'assurer, à travers cette incision, si petite qu'elle fût, si la tête fœtale se trouvait librement dans la cavité abdominale, ou si, au contraire, elle en était séparée par une couche de tissus.

Cette incision abdominale, *minima*, pratiquée avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, n'a pas paru exercer une influence notable sur l'état général de la malade. Après avoir fait l'incision exploratrice et constaté le passage

du fœtus dans la cavité abdominale, la laparotomie s'imposait et la continuation de l'opération dépendait déjà de certaines circonstances propres au cas que nous avions à traiter. Mais si, contrairement à ce qui avait lieu, nous avions constaté que le fœtus était resté au-dessous de la séreuse péritonéale, nous aurions immédiatement fermé, en la suturant, l'incision abdominale ; après quoi, nous aurions, à l'aide de la version, opéré l'extraction du fœtus par les voies naturelles.

A 11 heures du soir, la malade fut transportée dans la salle de la clinique qui est affectée aux opérations qui doivent être faites pendant la nuit. Cette salle est pourvue d'un appareil à gaz de Siemens qui fournit une forte lumière, très suffisante pour permettre l'exécution de ces opérations urgentes.

MM. les professeurs Bider et Smolsky, les Drs Ficher, Matveef, Rounge, Makovetsky et deux sages-femmes de la clinique assistaient à l'opération. Le Dr Ficher a rempli les fonctions de premier assistant.

La malade a été chloroformisée par le Dr Matveef. Au début de l'opération, elle offrait les signes suivants : temp., 38°,6 ; pouls, 138 ; resp., 25.

Opération. — Elle a été faite avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Incision, suivant la ligne blanche, de la paroi abdominale sur une étendue de 2 centimètres. Ouverture du péritoine, de 2 millimètres environ, immédiatement au-dessus de la tête fœtale. Un liquide mixte, composé de sérosité sanguinolente, de méconium et de flocons de vernix caseosa, s'échappe par l'ouverture. On distingue dès lors clairement le cuir chevelu de la tête fœtale qui est bien située dans la cavité addominale. La paroi abdominale et le péritoine sont alors incisés, avec des ciseaux, sur une étendue d'environ 12 centimètres, puis, le fœtus, saisi par la tête, est extrait avec beaucoup de douceur.

On a détaché le cordon ombilical. Introduisant la main dans la cavité péritonéale dans le but de procéder à l'extrac-

tion du délivre, nous constatons que cet organe est encore fortement adhérent, et, en outre, il nous paraît adhérer à la surface externe de la matrice. Je crus alors qu'il était préférable d'attirer la matrice au dehors par la plaie abdominale que de tenter le décollement du placenta dans des circonstances aussi peu nettes. Cette sortie de l'utérus, y compris le placenta, fut très facile, et j'eus alors devant les yeux un tableau qui m'était absolument inconnu jusqu'à ce jour.

La matrice, déchirée d'un côté à l'autre, dans son tiers supérieur, était complètement retournée, de telle façon que sa surface interne était devenue externe (eversio uteri intraperitonealis). Le placenta et les membranes étaient absolument adhérents sur toute leur étendue. L'orifice interne n'était pas apparent, masqué qu'il était par les membranes qui le recouvraient à la manière d'un pont. Cette disposition donnait à la matrice l'aspect d'un champignon, sous le chapeau duquel on voyait pénétrer et venir s'insérer les trompes de Fallope.

En raison de la complication grave inhérente à cet état de la matrice, sachant bien à quelle hémorrhagie abondante a pu donner lieu le développement du placenta adhérent à un utérus éversé, je résolus d'appliquer un lien élastique sur le col utérin, de façon à laisser en même temps les deux ovaires, droit et gauche, au-dessus de la ligature.

Après avoir, par l'application du lien élastique, prévenu tout danger d'hémorrhagie, nous avons décollé facilement le placenta et les membranes fœtales. Le décollement effectué, l'éversion utérine, avec la forme de champignon qu'elle donnait à la matrice, apparut plus nettement. Comme la réduction de l'utérus, dans le cas particulier, paraissait devoir être difficile, sinon impossible, je résolus de faire l'ablation de la matrice et de ses annexes. Je me réjouis de ce que l'opération ait pu être faite assez vite, parce que, tout le temps, la malade a paru supporter très mal le chloroforme.

Pour me mettre sûrement à l'abri d'une perte de sang, j'ai employé un second lien élastique qui comprimait le col de la matrice, plus solidement encore que le premier. Enfin, pour

parer à tout danger d'hémorrhagie secondaire, je plaçai sur le pédicule, divisé en deux segments, deux ligatures élastiques. Cela fait, l'utérus et les ovaires ont été enlevés. Il a suffi pour cela de quelques coups de bistouri. Nous avons eu alors un pédicule de dimensions inférieures à celles des pédicules que l'on obtient dans certain cas de laparo-myomotomies.

Mais, en procédant à la toilette minutieuse du péritoine, nous avons constaté les signes d'une péritonite généralisée.

Les anses intestinales présentaient une vascularisation intense, leur surface, dépolie, était comme veloutée.

Pressé par l'état de la malade, j'adoptai, pour le traitement du pédicule, la méthode extra-péritonéale. La plaie abdominale a été fermée au moyen de neuf sutures profondes faites avec un fil de soie; huit sutures pour la partie supérieure de la plaie, une pour la partie profonde. Ces sutures ont, en même temps, servi à fixer le pédicule dans la plaie abdominale. J'ai rejeté aiguilles fixatrices et clamps de toutes espèces, persuadé que la fixation du pédicule était parfaitement assurée par les sutures en question et les deux liens élastiques qui furent attirés hors de la plaie.

Toute la surface de la plaie et la portion extra-péritonéale du pédicule ont été largement saupoudrées d'iodoforme.

Deux couches de gaze iodoformée, une mince feuille de ouate sublimée et une ceinture hypogastrique ont constitué tout le pansement.

L'opération a duré quarante-cinq minutes. Puis la malade a été transportée dans une chambre isolée. Revenue à elle, elle a déclaré qu'elle se sentait mieux et que les douleurs qu'elle éprouvait dans le ventre n'existaient plus.

Le fœtus, mort déjà avant son extraction, était du sexe féminin et bien développé; longueur, 47 centimètres; poids, 2850 grammes.

Placenta succenturié. La plus grande masse, de forme ovoïde, mesurait 20 centimètres en longueur sur 16 en largeur. Les dimensions de l'autre masse étaient : longueur, 8 centimètres; largeur, 12 centimètres. Structure normale.

La masse totale du délivre pesait 582 grammes. Pas d'altérations pathologiques appréciables dans le tissu utérin; les bords de la plaie paraissent franchement coupés, ils sont le siège d'un certain nombre d'effusions sanguines, de forme et de dimensions variables. Les trompes et les ovaires ont leur aspect normal. La matrice et les annexes pèsent 468 grammes.

A priori, il était impossible de compter sur une convalescence à marche absolument apyrétique.

En outre, la présence de nombreuses ecchymoses au niveau du tégument externe avait fait supposer l'existence de lésions plus profondes.

Si l'on prend en considération les divers incidents de la maladie, consciencieusement annotés par mon élève, le Dr Makavesky, on voit que le travail de cicatrisation a marché de la façon la plus régulière. Sur tous les points où l'on était en droit d'espérer la réunion par première intention, elle a eu lieu. Les sutures ont été enlevées le quatorzième jour, sauf les deux qui avaient été placées à côté et sous le pédicule. Celles-ci ont été retirées le vingtième jour.

La portion du pédicule située au-dessus du lien élastique commença à se dessécher dès les premiers jours; au commencement de la deuxième semaine après l'opération, elle offrait une dureté ligneuse.

La sécrétion de la partie de la plaie située au-dessous du pédicule prit de bonne heure le caractère de la purulence. Le processus d'élimination de la partie desséchée, sphacélée du pédicule s'effectua de la façon la plus régulière; elle devint de plus en plus mobile et tomba le vingt-troisième jour après l'opération, laissant au niveau du point de séparation une surface granuleuse, offrant les dimensions d'une pièce de 10 francs en or. Cette surface, légèrement rentrée du côté de l'abdomen, a l'apparence d'un second nombril.

En somme, elle est aujourd'hui complètement cicatrisée; il ne reste plus qu'une cicatrice en tout semblable à celle que l'on voit à la suite des laparo-myomotomies dans lesquelles

on applique la méthode extra-péritonéale du traitement du pédicule.

Par le toucher, on peut maintenant constater que la portion vaginale de l'uterus, de très faibles dimensions, est située très haut et se trouve fixée à la paroi abdominale. Les culs-de-sac vaginaux sont libres ; en aucun point il n'y a de tuméfaction pathologique.

Les complications qui, après l'opération, ont amené des phénomènes fébriles ont consisté dans une affection intestinale. Celle-ci s'est manifestée dès le 11 octobre (5 jours après l'opération) par une diarrhée abondante qui a persisté pendant 4 jours. La température s'est élevée à 39°,1 ; le pouls s'est accéléré jusqu'à 126. En outre, le troisième jour après l'opération, on a constaté la présence de l'albumine dans l'urine, et parfois aussi un assez grand nombre de globules rouges et de globules blancs. L'affection néphrétique a disparu vers le 20e jour. Mais, à partir de ce moment, on a constaté la formation d'une écorchure au niveau de la région coccygienne en même temps que du gonflement dans la région fessière, des deux côtés. Le gonflement a abouti à la formation d'un abcès qui s'est ouvert spontanément dans la région de l'écorchure, le 11 novembre ou 36 jours après l'opération. Pour la première fois, depuis l'opération, la température est devenue normale.

Durant toute cette période de la maladie, le pouls a suivi une marche absolument parallèle à celle de la température. Jamais on n'a relevé un signe avéré de septicémie.

Cette observation offre un grand intérêt au point de vue de la question suivante : *Dans le cas de rupture de la matrice, faut-il, en vue de l'extraction du fœtus, pratiquer la laparatomie ou faire la version ?*

Cette question a été parfaitement étudiée pour les cas de rupture de la matrice survenant au cours du travail. On sait que la laparotomie a été faite, au siècle dernier, en semblables circonstances, par des chirurgiens français. D'après

Deneux (1), les premiers chirurgiens qui l'auraient pratiquée seraient Thibaut-Desbois, dans la ville du Mans (1767), et le professeur Lambron, de la ville d'Orléans (1775). Chez nous, en Russie, elle a été conseillée en 1787, par le professeur Maximovitch-Ambodic pour les cas de rupture *complète* de la matrice, avec passage du fœtus dans la cavité abdominale. Dans la dernière moitié de ce siècle, sous la double influence des travaux de statistique américains (Trask) et des brillants succès obtenus dans la chirurgie abdominale, la plupart des auteurs donnent la préférence à la laparotomie dans les cas de « rupture utérine survenant au cours de l'accouchement » (voir les auteurs français, anglais et américains).

Cette opinion était également admise en Allemagne, et nous voyons que, dans la première édition de son traité d'accouchement, le professeur Schrœder indiquait la laparotomie comme étant la seule méthode applicable dans le cas de rupture de la matrice avec passage du fœtus dans la cavité abdominale. Mais dans la dernière édition de ce traité, Schrœder (2) ne se montre plus partisan de la laparotomie et conseille la version. Sans doute, les succès qui, dans ces derniers temps, ont suivi les opérations faites par les voies naturelles et complétées par la pratique du drainage de la plaie, ont eu une grande part dans ce changement d'opinion.

Le fait, qu'il était possible de modifier le mode d'intervention, se dégageait des recherches de Bandl sur le mécanisme et le siège des ruptures utérines survenant pendant le travail. Ces recherches ont en effet démontré que la matrice éclate toujours au niveau de son segment inférieur distendu, aminci, ou au niveau du col; en outre, que la rupture est presque toujours transversale et que par suite ses bords ne sauraient avoir une tendance à se rapprocher rapidement. Il en résulte que le fœtus, évacué dans le péritoine, peut être aisément

---

(1) *Essai sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement.* Th. de Paris, 1804.

(2) Voir les cas cités par Schrœder, *loc. cit.*, p. 688.

ramené à travers cette déchirure qui conserve ses dimensions primitives, et être par conséquent exrait par les voies naturelles. En pareil cas, si l'on était bien assuré, qu'au moment où l'on s'apprête à intervenir, il n'existe pas déjà un commencement d'infection, on aurait le droit de penser qu'en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses, on se mettrait sûrement à l'abri d'une infection secondaire. — Or, il faut convenir que l'accouchement par les voies naturelles s'accompagne d'un traumatisme bien moins fort que la laparotomie.

Ces considérations ne s'appliquent qu'au cas de ruptures *types*, survenant pendant l'accouchement. Schrœder lui-même se prononce en faveur de la laparotomie dans quelques cas exceptionnels, et pour répondre à des indications spéciales, quand il s'agit, par exemple, de parer à une hémorrhagie excessive. Il ressort encore des travaux de Bandl qu'au cours même du travail (cas de Simpson (1) et de Hofmeier (2), il peut se produire des ruptures dont les dimensions et le siège sont singulièrement défavorables à l'exécution de la version. Et, il faut s'attendre à rencontrer des irrégularités encore plus considérables quand la rupture a lieu pendant le dernier mois de la grossesse, et en dehors de toute contraction de la matrice. Dans ces cas en effet, loin de répondre à un autre type bien défini, elle peut au contraire affecter les formes les plus bizarres. A cet égard, celui qui s'est présenté à notre observation est caractéristique. Nous avons vu que là, la rupture occupait le corps de l'utérus. Elle était transversalement dirigée, de haut en bas, de droite à gauche, intéressant en totalité la paroi antérieure de l'organe. L'ouverture qu'elle constituait était immense, et, sous l'influence de la contractilité qui lui est propre, l'utérus s'est mis en état d'éversion complète. Cette particularité est due à ce que les couches musculaires externes ont beaucoup plus diminué de volume que

(1) *Contributions to Obstetrics and Gynecology*, 1880, p. 150.
(2) *Centralblatt für Gynäk.*, 1881, p. 619.

les couches internes. En somme, la matrice était retournée comme un doigt de gant; la surface interne était devenue externe, tout en conservant à peu près ses dimentions primitives. Aussi, le placenta et les membranes ne se sont-ils point décollés.

Schrœder pense aussi qu'il ne faut pas, dans les cas de rupture de la matrice survenant au cours de la grossesse, recourir à la laparotomie. On ne peut s'associer à cette manière de voir, si l'on tient compte de notre cas, qui peut-être cependant est un cas exceptionnel.

Les faits de rupture de la matrice pendant la grossesse sont fort rares. L'anatomie pathologique et même la morphologie de ces lésions ne sont pas encore bien étudiées, et il se peut qu'il se soit rencontré dans notre cas des conditions tout à fait exceptionnelles.

Il est aisé de se figurer dans quelle situation épouvantable se seraient trouvés dans notre cas et l'opérateur et l'opérée, si nous avions fait la version. Cette opération, cependant, aussi bien que l'extraction du fœtus, paraissaient devoir être d'une grande facilité. Mais nos premières tentatives de décollement du placenta auraient donné lieu à une hémorrhagie foudroyante; la patiente aurait succombé avant la terminaison de la délivrance.

Aussi, dans le cas de rupture de l'utérus gravide, comme, lorsqu'on ignore la situation exacte de la lésion et la disposition accidentelle de l'organe, l'intervention par les voies naturelles ne peut être que très hasardée; il est logique de donner la préférence à la laparotomie.

Cette opération permettra, en outre, de compléter l'examen objectif sans aggraver, à mon avis, contrairement à la crainte exprimée par quelques auteurs, l'état de la patiente.

L'intérêt tout spécial qui s'attache à notre cas, réside dans le fait de l'éversion utérine, qui donne lieu aux considérations suivantes :

1° Le contour *indéfini* de la matrice, en rapport direct avec son état d'éversion, par la présence sur sa face interne de-

venue externe du gâteau placentaire, rendait insuffisants les résultats fournis pour la palpation. Il en est résulté pour nous l'obligation d'appliquer les principes de la chirurgie abdominale. Nous avons, en conséquence, fait l'incision abdominale qui, seule, nous a permis de nous rendre bien compte de ce qu'il nous restait à faire.

2° En prévenant le décollement du placenta et des membranes fœtales, *l'éversion utérine a détourné la possibilité d'une hémorrhagie mortelle et n'a pas permis l'entrée de l'air dans la cavité péritonéale, et avec lui des substances infectantes.*

Nous avons vu que les membranes fœtales étaient étendues à la manière d'un diaphragme, au-dessus de l'orifice interne, de telle sorte qu'il était absolument impossible que quelque chose pénétrât du col ou du vagin dans le péritoine. Aussi, ce dernier n'est-il devenu accessible pour les germes infectants qu'à la faveur de la laparotomie.

J'ai cru qu'il importait d'insister sur ce point, parce qu'il existe une opinion d'après laquelle le péritoine de certains individus pourrait, *impunément*, être exposé à toutes sortes d'infections.

Keith (1), par exemple, s'exprime ainsi : « Il semble qu'il soit simplement impossible de tuer certaines femmes quelle que soit la nature des substances putrides abandonnées dans le bassin » (it seems to be simply impossible to kill some, women, be the putrid mous left in the pelvis what it may). Une supposition semblable repose sans doute sur des erreurs d'observation ; quelque circonstance de premier ordre a probablement échappé à notre savant collègue d'Écosse.

3° L'éversion utérine a été ici la véritable indication de l'opération de Porro. Bien que jusqu'à ce jour les statistiques relatives à l'amputation utéro-ovarique n'aient pas établi sa supériorité sur la section césarienne classique, on peut admettre que, dans quelques cas particuliers, elle sera plus apte

(1) Keith. *Contribut. to the Surgical treatement of tumours of the abdomen*, 1885, p. 19.

à donner des résultats préférables à ceux qu'on peut attendre de l'opération avec laquelle on laisse dans la cavité péritonéale une matrice déchirée.

L'impression qui se dégage à première vue du tableau que j'ai mis sous vos yeux dès le début de cette communication semble s'élever contre une pareille appréciation ; mais il n'en est point de même si l'on tient compte de la colonne où est consigné l'état des patientes ; on voit alors que le pronostic était nécessairement grave, sauf néanmoins pour le n° 3. Dans ce cas particulier, les conditions sont, en effet, notées comme se présentant sous un jour favorable. Mais, en réalité, on ignorait à quel moment de la grossesse la rupture avait eu lieu, et l'hypothèse de l'existence, avant l'intervention, d'une péritonite septique ne peut pas être sûrement écartée.

En résumé, *notre cas a eu une issue favorable et cela suffit pour nous empêcher de nier les avantages de l'amputation utéro-ovarique dans certains cas.*

Nous voyons aussi, d'après le tableau annexé à cette observation, que l'opération de Porro, appliquée à la rupture de la matrice, a été faite pour la première fois en Russie, à Moscou, par le Dr Prévot. Son opérée a été emportée non pas par des accidents de septicémie, mais par des hémorrhagies répétées qui se sont faites au niveau du pédicule:

En terminant cette communication, faite à l'occasion d'une séance solennelle tenue par une société chirurgicale russe, je tiens à exprimer le plaisir que j'ai eu de pouvoir relater les incidents de la première guérison complète, observée en Russie, à la suite d'une opération de Porro, pratiquée pour un cas de rupture complète de la matrice.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LILLE.

Service de M. le professeur Pilat.

PRÉSENTATION DU SOMMET TRANSFORMÉE EN PRÉSENTATION DU TRONC; — PLACENTA PRÆVIA; — TENTATIVES FAITES EN VILLE POUR L'EXTRACTION; — RUPTURE DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN; — DÉCOLLATION; — GUÉRISON.

Par le Dr G. Cochet,
Chef de clinique d'accouchements.

La nommée V... (Rosalie), âgée de 35 ans, demeurant à Lille, 7, rue de la Justice, multipare, réglée à 17 ans et régulièrement tous les mois, entre à la maternité de Sainte-Eugénie, le 17 août 1885, à 4 heures du matin.

La sage-femme en chef qui la reçoit, la trouve dans un état de faiblesse tellement grand, qu'elle peut à peine obtenir d'elle quelques renseignements. Cette femme dit avoir eu ses dernières règles le 12 novembre 1884; elle serait donc à terme. Elle dit aussi, avoir eu déjà et successivement 4 accouchements à terme et normaux, puis un avortement à 4 mois et demi, un nouvel accouchement à terme, un avortement à 5 mois et, enfin, la grossesse actuelle.

Cette fois, les premières douleurs sont apparues le vendredi 14 courant vers 6 heures du soir; mais elles s'arrêtèrent pendant la nuit suivante et la journée pour reprendre avec plus d'intensité le 15 vers 10 heures du soir. C'est aussi pendant la journée du 15 que les mouvements du fœtus furent perçus par la mère pour la dernière fois.

Cependant, un médecin ne fut appelé que dans la nuit du 16 au 17, à minuit. Il dit ne pouvoir intervenir en ce moment, qu'il fallait attendre la rupture des membranes. Vers 2 heures du matin, cette rupture ayant lieu, le médecin fut rappelé.

Nous continuons à consigner ici les renseignements que la femme n'a pu nous donner que quelques heures après sa délivrance.

Le médecin déclara d'abord que l'enfant était mort, et constata, parait-il, la procidence d'un bras. Les contractions utérines étant presque nulles, il administra à la femme, dans un verre d'eau, quelques

gouttes d'une solution noirâtre (solution d'ergotine probablement). Les douleurs, d'après la malade, devinrent extrêmement vives et continues. C'est à ce moment que l'accoucheur tenta la version; il introduisit la main dans l'utérus, mais au bout d'un certain temps, ne parvenant pas à saisir les pieds, il déclara nécessaire le transport de la femme à l'hôpital. Dans le cours de ces manœuvres, la femme éprouva de très grandes souffrances et perdit du sang en assez grande quantité. Et pendant son transport à l'hôpital, elle eut plusieurs vomissements.

En découvrant la femme, Mme Pomier trouve le bras droit à l'orifice vulvaire; par le palper, elle sent la tête derrière la symphyse pubienne et le siège en haut, à peu près sur la ligne médiane; là, elle est frappée de l'extrême minceur de la paroi à travers laquelle elle sent les petits membres.

L'auscultation ne lui donne aucun bruit du cœur.

Un lacs fut immédiatement placé sur le bras en procidence; mais en pratiquant le toucher, Mme Pomier trouva la main et le bras gauches dans le vagin; le cordon était également en procidence. On arrivait facilement sur l'oreille gauche qui était placée derrière le pubis. La suture longitudinale était donc dans le diamètre tranverse du bassin. Le placenta était inséré à gauche sur le segment inférieur de l'utérus, et en partie décollé.

Après avoir procédé à cet examen minutieux, la sage-femme en chef tenta d'intervenir, s'il était possible, en refoulant la tête au-dessus du détroit supérieur. Mais la tête était, pour ainsi-dire, enclavée derrière la symphyse pubienne, et les deux bras faisant procidence dans le vagin, la version était impossible.

A la visite du matin, en l'absence de mon maître, M. le professeur Pilat, je suis à mon tour frappé de l'affaissement extrême de la femme. La face est pâle et altérée; les yeux caves; les lèvres, décolorées, sont recouvertes d'un enduit épais et jaunâtre; la voix est très faible; le pouls petit, misérable et accéléré; la respiration est fréquente. Les contractions utérines sont nulles.

Le palper est très douloureux dans tous les points de l'abdomen. Je constate la facilité avec laquelle on sent le siège du fœtus. Nous pensons bien à la possibilité d'une rupture utérine, mais, comme la femme n'avait pu nous donner aucun renseignement précis, relatif à ce qui s'était passé hors de l'hôpital, le diagnostic ne fut pas nettement posé.

— L'auscultation ne révèle aucun bruit du cœur; du reste, le cordon prolabé dans le vagin n'est le siège d'aucun battement.

L'examen général de la femme ne laisse constater aucune déformation rachitique des membres. Mais il existe une déviation latérale de la colonne vertébrale; la femme est atteinte de scoliose gauche. L'examen ultérieur me fit reconnaître que le bassin n'était rétréci dans aucun de ses diamètres; du reste, cette déviation ne date que de l'époque du quatrième accouchement et a été en augmentation avec les accouchements successifs.

Je fis procéder immédiatement à l'administration du chloroforme; après quoi, j'introduisis la main dans le vagin afin de me rendre compte des parties qui se présentent. Sans parler du cordon en procidence, ainsi que des deux bras dont l'un, le droit, est tuméfié et violacé, je trouve, en effet, la tête engagée avec la partie supérieure du thorax au détroit supérieur. L'oreille gauche est appliquée contre la face postérieure des pubis; l'occiput est tourné directement à gauche. La poitrine du fœtus regarde en avant; la tête, qui a subi un mouvement de torsion est donc fléchie et appliquée exactement contre la paroi thoracique du fœtus par son côté droit. — J'accroche assez facilement la région cervicale avec le doigt indicateur.

A ce moment, n'ayant conservé aucun espoir de retirer un enfant vivant, je pensai que, vu la facilité avec laquelle on accrochait le cou, la décollation serait en somme une opération plus expéditive, moins dangereuse pour la mère qui était dans un état alarmant, et je me décidai immédiatement à pratiquer l'embryotomie.

Retirant la main droite, j'introduis la gauche et saisis à nouveau le cou du fœtus. Le crochet mousse canaliculé de Pajot, armé d'un bout de soie phéniquée n° 5, est passé autour du cou, puis retiré sans encombres en y laissant la ficelle. Le mouvement de scie imprimé à la ficelle sectionne vivement la peau, mais à peine suis-je arrivé sur la colonne vertébrale que la soie est rompue. Comme je n'avais pas sous la main de cordon plus résistant (1), je renonce à tenter de nouveau ce

---

(1) M. le professeur Pajot, en effet, a toujours insisté sur la nécessité qu'il y avait à choisir, pour opérer la section, un fil solide. Il conseillait surtout de se servir de la *ficelle de fouet neuve*. L'observation qui vient après le travail de M. Cochet montre d'ailleurs combien la méthode peut être brillante quand les précautions nécessaires sont parfaitement prises. Mais, enseigne le professeur Pajot, *il faut non seulement choisir un fil solide,*

procédé de la ficelle. J'ai recours aux ciseaux de Dubois pour sectionner le cou; l'opération s'accomplit sans incidents. — Alors, refoulant la tête avec la main gauche, en recommandant à un aide de la maintenir au-dessus du pubis, j'extrais facilement le corps par quelques tractions sur les deux bras. Après cela, je rencontre à l'orifice utérin le placenta décollé : je l'extrais à son tour.

Mais ma main droite réintroduite ne trouve plus la tête derrière le pubis, malgré les mains de l'aide chargé de l'y maintenir. Remontant plus haut, je la trouve logée dans l'*hypochondre gauche :* la rupture utérine était maintenant certaine. En effet, portant la main à droite, je reconnais parfaitement la face inférieure et le lobe gauche du foie séparés par un sillon, le sillon de la veine ombilicale. — Il s'agissait de ramener au plus tôt la tête dans la cavité utérine.

Mais avant cette opération, je cherche à me rendre compte de l'étendue de la déchirure. Celle-ci est énorme; elle intéresse surtout la moitié gauche de l'utérus. Partant du bord gauche du col qui est rompu ainsi que le cul-de-sac du vagin correspondant, elle se dirige obliquement vers le fond de l'utérus et a divisé ainsi toute la face antérieure de l'organe. Si je porte la main vers le flanc droit, je me sens dans une cavité remplie de caillots et de sang. Quant au vagin, le cul-de-sac latéral gauche est déchiré.

Après cette constatation, au moyen de la main droite et de pressions extérieures opérées sur l'abdomen, je fais franchir à la tête, sans trop de difficultés, les bords de la plaie utérine et pendant qu'elle est maintenue soigneusement, j'applique successivement les deux branches du

---

encore est-il prudent, quand on opère la section, de le laisser filer de temps en temps, pour ne pas que ce soit la même portion du fil qui porte constamment sur les tissus fœtaux. Nous avons vu M. Pajot exécuter, et nous avons nous-même répété la manœuvre sur un certain nombre de fœtus, *jamais le fil n'a cassé.* D'ailleurs, le professeur Pajot a voulu répondre, pour toujours, à cette objection, *que la ficelle peut casser lorsqu'elle arrive sur les corps vertébraux.* Pour cela, il a eu l'idée de fixer à la baleine un solide fil de chanvre, de celui dont on se sert pour faire la ligature du cordon. Ce fil est passé autour du fœtus par le procédé ordinaire; on retire le crochet. On attache alors, à l'une des extrémités du fil de chanvre, une ficelle très solide. C'est elle que l'on amène autour du fœtus par des tractions exercées sur l'extrémité libre du fil de chanvre; elle est destinée à opérer la section. Comme on a le droit de la choisir aussi solide que peuvent l'exiger les fœtus les plus rebelles, l'objection qu'elle pourrait casser n'existe plus. R. L.

céphalotribe : mais la tête fuit dès les premières pressions. Il fallut aller la chercher à nouveau dans l'hypochondre gauche; cette fois, j'accroche le maxillaire inférieur avec le doigt indicateur, et après avoir fait rentrer la tête dans la cavité utérine par les mêmes moyens, je parvins à l'attirer ensuite dehors.

Enfin en raison de l'étendue de la déchirure, craignant la hernie de l'intestin dans la cavité, j'introduis la main une dernière fois et je reconnais malheureusement le fait : une anse intestinale est même descendue à l'entrée du vagin; en tirant un peu, j'y constate sa présence *de visu*, avec les assistants. Je m'empresse ensuite, de tout refouler dans la cavité abdominale, et, par quelques frictions sur le ventre, je tente de faire revenir l'utérus sur lui-même avant de retirer la main.

La durée totale de ces diverses opérations a été de 22 minutes.

L'enfant, bien conformé, du sexe masculin, pèse 3,300 grammes, déduction faite du sang et du méconium qu'il a perdus.

En se réveillant la femme vomit à plusieurs reprises. Je la laisse dans un repos absolu, après avoir pratiqué une injection phéniquée dans le vagin.

Le soir, à 5 heures, à la contre-visite, l'aspect général de la malade est beaucoup meilleur. L'altération du visage est moindre; la voix est plus perceptible. C'est à ce moment, que nous recueillons les renseignements consignés dans l'observation. La malade est fatiguée par le récit qu'elle nous fait ; elle se repose fréquemment sur notre invitation.

La langue est bonne, sans dépôt, un peu sèche; la soif est vive. P., 112. Dyspnée légère. Pas de vomissements depuis l'opération. Le ventre n'est pas trop douloureux; il est tendu modérément. L'utérus est à un travers de doigt de l'ombilic.

La femme est placée seule, dans la salle la plus isolée du service.

Je pratique une injection phéniquée. Compresse antiseptique en permanence à la vulve. Pulvérisations d'acide phénique dans la salle.

Le 18, 8 h. matin. P., 112 ; T., 37°,8. La femme a eu deux vomissements verdâtres, abondants, dans la nuit ; elle a uriné, n'a pas eu de selles et n'a pas rendu de gaz.

Ventre un peu ballonné, toujours peu douloureux à la pression, mais plus sensible à gauche qu'à droite. L'utérus est, du reste, dévié du côté gauche ; il est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Je prescris : 60 centigrammes de calomel en 6 paquets, un toutes

les heures. Onction mercurielle belladonée sur le ventre, qu'on recouvrira d'un grand cataplasme. Feuille d'ouate pour le reste de la journée. Potion : extr. thébaïque, 10 centigrammes, alcoolature de racines d'aconit, 1 gramme : à prendre par cuillerée toutes les deux heures à partir de l'après-midi.

Bouillon. Eau vineuse. Vin de cannelle.

On continue les injections vaginales phéniquées.

5 h. soir. P., 112. Quelques vomissements verdâtres dans la journée. Éructations fréquentes. N'a pas encore été à la garde-robe. Sueurs abondantes. Ventre dans le même état. Langue bonne ; soif toujours vive ; la malade cause fort bien.

8 h. soir. P., 130 ; T., 38°,5.

Le 19, 8 h. matin. P., 112 ; T., 38°,5. A vomi dans la nuit à plusieurs reprises. Les vomissements sont surtout bilieux et alimentaires, non fécaloïdes ; et cependant la malade se plaint de ce qu'ils lui laissent dans la bouche un horrible arrière-goût. Langue sale ; pas de garde-robes. Nous craignons un étranglement de l'intestin dans la plaie utérine. Le ventre est un peu plus ballonné, mais non plus douloureux à la pression ; le creux épigastrique n'est pas envahi. Utérus toujours à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Je prescris 30 grammes d'huile de ricin. Nouvelle potion à l'extrait thébaïque et à l'alcoolature de racines d'aconit (mêmes doses). Potion à l'extrait de quinquina, 4 grammes, teinture de cannelle, 10 grammes, eau-de-vie de France, 50 grammes.

5 h. soir. P., 112 ; T. (à 7 h.), 37°,8. Débâcle dans l'après-midi ; plusieurs selles depuis. Pas de vomissements ; éructations fréquentes. La malade se sent mieux. Ventre dans le même état.

Le 20, matin. P., 92, assez fort, mieux frappé ; T., 37°,8. Le ventre n'est pas plus douloureux et permet bien l'exploration (la femme est très courageuse, du reste) ; il a cependant augmenté un peu de volume et est plus tendu, mais presque sans tympanite ; il est partout sonore à la percussion. Le fond de l'utérus, un peu dévié à gauche, se trouve à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Facies ordinaire. A toujours des sueurs abondantes. Les forces semblent revenues ; la patiente se soulève assez facilement.

Prescriptions : 6 sangsues au bas-ventre. Mêmes potions. Onction. Bouillon ; un peu de vin.

Soir. P., 92 ; T., 37°,6. Diarrhée. Un peu de céphalalgie. Apparition des lochies peu abondantes et inodores.

Le 21, matin. P., 92 ; T., 36°,7. La malade paraît plus fatiguée que la veille ; a eu un peu de fièvre vers la fin de la nuit. On constate du muguet sur la langue. Se plaint d'un peu d'oppression ; râles sibilants nombreux. Le ventre, très peu douloureux, donne de la submatité à la percussion, dans les points déclives. Gargouillement intestinal. Utérus presque entièrement rentré dans l'excavation.

La montée du lait se fait normalement.

Prescriptions : mêmes potions ; onction ; 30 centigrammes de sulfate de quinine. Collutoire boraté et solution alcaline contre le muguet.

On remplace les injections vaginales phéniquées par des injections à la liqueur de Van Swieten.

Bouillon. Soupe au lait qu'elle mange avec appétit. Un verre de Malaga.

5 h, soir. P. 100 ; T., n'a pas été prise. Langue améliorée ; un peu de sueurs ; quelques coliques ; trois selles diarrhéiques dans la journée.

A commis une imprudence : « pour ne déranger personne », pendant une courte absence de l'infirmière, elle prend elle-même le bassin pour aller à la garde-robe, s'y installe et le retire sans aide. Cependant, la malade n'accuse pas plus de douleurs dans le ventre ; c'est toujours la même sensibilité à la pression, plus marquée à gauche, mais très supportable.

Le 22, matin. P., 100 ; T., 37°,2. Nuit bonne. Le ventre est très peu douloureux ; la percussion ne fait pas constater d'épanchement. Encore quelques coliques. Les seins sont un peu engorgés. La malade demande à manger.

Mêmes prescriptions. 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Bouillon. Soupe légère. Malaga.

5 h, soir. P. 100 ; T,, 37,5. Même état ; le muguet a disparu.

Le 23, matin. P., 88 ; T., 36°,8. Ventre manifestement affaissé ; c'est le ventre d'une femme qui a eu plusieurs enfants. L'utérus est complètement revenu sur lui-même. La pression détermine encore une légère douleur dans les fosses iliaques.

Mêmes prescriptions.

5 h. soir. P., 96 ; T., 37°,5. Même état. Les selles sont ordinaires (une par jour).

Le 24, matin. P., 96 ; T., 36°,8. La malade repose très bien pendant la nuit ; elle est cependant toujours incommodée par des sueurs.

Mêmes prescriptions, sauf la potion à l'extrait de quinquina, qui est supprimée.

5 h. soir. P., 96 ; T., 37°,4. La malade ne se plaint que de sa toux. Sonorité normale. Râles sibilants.

Le 25, matin. P., 92 ; T., 37°,4. Comme la malade se plaint de douleurs apparues vers 4 h. du matin, à la jambe droite, celle-ci est explorée avec soin. La veine saphène interne, surtout dans la région du genou, donne la sensation d'un cordon dur, tendu ; elle est douloureuse à la pression. On ne remarque cependant aucune rougeur. Pas de fièvre ; pas de frissons ni autres symptômes généraux ; pas d'anorexie. Nouveaux points de muguet sur la langue.

Montée du lait accomplie normalement.

M. Pilat, qui voit la malade pour la première fois, la trouve dans un état tellement satisfaisant qu'il n'hésite pas à faire placer de nouvelles accouchées dans la salle.

Mêmes prescriptions ; de plus, badigeonnage à la teinture d'iode le long de la veine et cataplasmes.

5 h. soir. P., 112 ; T., 38°,1. La malade ne se plaint pas, sauf de quelques douleurs continues le long de la veine.

Le 26, matin. P., 96 ; T., 37°,2. La phlébite s'est propagée tout le long de la saphène, depuis la cheville jusqu'à l'aine. La douleur provoquée est assez considérable.

L'état général reste bon.

Mêmes prescriptions. Onction mercurielle sur le trajet de la saphène et cataplasmes.

5 h. soir. P., 96 ; T., 37°,3.

Le 27, matin. P., 92 ; T., 37. La phlébite semble s'atténuer ; la région est moins douloureuse ; pas de rougeur. La malade a passé une bonne nuit ; elle demande à manger. Salivation mercurielle ; tuméfaction gingivale.

Vaccinée par M. Pilat ; disons de suite qu'il n'y a pas eu de résultat.

Prescriptions : gargarisme et pastilles de chlorate de potasse. Onction mercurielle supprimée. Cataplasmes. Potion réduite à 5 centigrammes d'extrait thébaïque et 50 centigrammes d'alcoolature de racines d'aconit ; 30 centigrammes de sulfate de quinine. Malaga. Bouillon ; potage ; œuf à la coque.

5 h. soir. P., 100 ; T., 37°,5.

Le 28, matin. P., 96 ; T., 36°,8. La saphène est encore dure, dou-

loureuse seulement à la partie supérieure de la cuisse. La salivation n'a pas encore disparu complètement.

Même traitement.

5 h. soir. P., 96 ; T., 37°,5.

Le 29, matin. P., 88 ; T., 36,5. Encore un peu de douleur à la partie supérieure de la cuisse. L'empâtement diminue graduellement. Plus de gingivite. Ventre en bon état, un peu douloureux seulement aux pressions profondes.

Soir. P., 92 ; T., 37.

Le 30, matin. P., 84 ; T., 36°,4. Etat parfait. Les symptômes de la phlébite s'amendent de plus en plus. La malade dort très bien chaque nuit ; elle demande de la viande. Accordé.

Soir. P., 76 ; T., 37°,4.

Le 31, matin. P., 84 ; T., 36°,5. La malade demande à se lever. On lui permet de s'asseoir sur son lit, ce qu'elle fait déjà, du reste, depuis quelques jours. Potion supprimée.

1er septembre, matin. P., 84 ; T., 37°,3. La jambe n'est plus douloureuse en aucun point du trajet de la saphène. L'induration a beaucoup diminué.

A dater de ce moment, la femme n'a plus éprouvé, aucun accident.

Le 8. L'examen au spéculum fut pratiqué. Tout d'abord, le toucher permet de reconnaître que les culs-de-sac antérieur et postérieur, ainsi que le cul-de-sac latéral droit, sont libres. Le cul-de-sac latéral gauche, au contraire, est comblé par une sorte de bride cicatricielle qui réunit le col et la partie supérieure du vagin.

On ne sent aucune tumeur ni empâtement dans les culs-de-sac.

Le spéculum plein une fois appliqué, on voit, en effet, que le col est dévié et attiré à gauche par une cicatrice qui supprime ainsi presque complètement le cul-de-sac latéral correspondant. Aussi, ce n'est qu'en déprimant fortement cette bride qu'on peut faire entrer le col d'une façon convenable dans le champ du spéculum.

L'application d'un spéculum bivalve rend cette déviation encore plus appréciable, car en laissant libres les culs-de-sac latéraux, on aperçoit très bien cette soudure du bord gauche du col à la paroi vaginale.

Les vestiges du traumatisme à la portion cervicale sont donc manifestes. L'examen de l'utérus par l'abdomen ne fait pas constater la moindre tumeur. L'organe n'est pas même volumineux.

La femme est sortie de l'hôpital dans le courant de la sixième semaine. Elle était complètement guérie.

RÉFLEXIONS. — La conduite à tenir pour délivrer la femme dans les cas de rupture utérine est évidemment subordonnée au siège occupé par l'enfant. Pour rappeler sommairement ces positions, nous dirons que :

1° L'enfant peut être resté en place au moment de l'accident, la tête étant ou non engagée dans l'excavation.

Dans ce cas, si l'enfant est vivant, l'application méthodique du forceps est indiquée, tandis que si l'enfant est mort, la céphalotripsie et l'extraction immédiate constituent les moyens de délivrer la femme le plus rapidement. Et pendant ces opérations, si l'on a soin de fixer soigneusement le fond de l'utérus avec la main, on a grande chance d'éviter l'agrandissement de la crevasse utérine. — Enfin, si ces procédés restent impuissants, la version reste comme une ressource toute naturelle.

2° — *A*. L'enfant est en partie hors de l'utérus; la plaie est large; le bassin est normal.

Si c'est la tête qui se présente, on peut encore avoir recours au forceps pour terminer l'accouchement, et en tous cas la version reste indiquée, surtout si l'enfant est vivant, car on peut faire franchir à la main les bords de la plaie utérine et saisir les pieds assez aisément.

A l'appui de cette pratique, Jolly nous dit que sur 45 cas où l'on fit la version pour extraire l'enfant, passé en partie ou en totalité dans la cavité abdominale, on a obtenu 29 guérisons.

B. — Si, dans les mêmes conditions que précédemment, la plaie s'est rétractée, on se trouve en présence de deux conduites toutes différentes. Certains auteurs, en effet, préconisent le débridement de la plaie utérine avec le bistouri boutonné; d'autres rejettent cette opération et conseillent la gastrotomie.

C. — Enfin, l'enfant étant toujours en partie hors de l'utérus, mais le bassin étant rétréci, c'est l'état du petit être qui décidera du mode d'intervention. S'il est mort, on peut encore

tenter le forceps ou la céphalotripsie; mais, dit Charpentier, on éprouve des difficultés énormes : le mieux est de faire la version, puis de perforer la tête une fois qu'elle est fixée.

Avec un enfant vivant, s'il n'a pas trop souffert de la longueur du travail, c'est à la gastrotomie qu'il faut avoir recours.

3° — L'enfant est passé complètement dans la cavité abdominale.

L'intervention par les voies naturelles est encore le plus souvent indiquée, surtout si l'enfant est vivant. Quand il est mort, on peut tenir encore pareille conduite, à condition toutefois que l'étendue de la déchirure et sa non-rétraction le permettent. De plus, on peut aussi accélérer l'extraction par la crâniotomie.

Si maintenant l'extraction par le forceps et la version ayant échoué, ou bien, si dans un dernier cas, le bassin étant très rétréci, l'intervention par les voies naturelles est impossible, la gastrotomie reste comme seul moyen de délivrer la femme. (Cadiz. Thèse de Paris, 1883).

Dans le cas qui fait l'objet de notre observation, la rupture utérine étant présumée, nous nous trouvions en présence d'un enfant passé en partie seulement dans le péritoine; sa mort, de plus, était certaine. A la suite de circonstances sur lesquelles nous n'avons plus à revenir, la tête, qui se présentait d'abord au détroit supérieur, avait été refoulée au-dessus de ce détroit, et, fléchie, elle était appliquée par son côté droit sur la poitrine du fœtus, grâce à un mouvement de torsion. La présentation avait ainsi, en définitive, été transformée en présentation du tronc. Et la partie la plus accessible était le cou que le doigt accrochait on ne peut mieux. Dans ces conditions, la version pouvait être tentée avec quelque chance de succès, mais elle n'eut pas été l'opération la plus rapide pour ce cas particulier; la décollation, au contraire, offrait des conditions excellentes de réussite.

Les bras en procidence étaient des moyens de traction tout trouvés pour amener le corps au dehors, et la femme n'ayant pas de rétrécissement, on pouvait espérer retirer la tête d'une

façon aisée. Cette tête, glissant sous les doigts de l'aide chargé de la maintenir et passant dans la cavité péritonéale, nous mit dans une certitude absolue relativement à la rupture utérine. Fort heureusement, son extraction ne présenta pas de difficultés bien grandes.

A partir de ce moment, il ne nous restait plus qu'à compter sur l'antisepsie pour amener rationnellement la guérison de la malade.

Les accidents graves initiaux de la rupture ne s'étaient pas produits, ses suites seules restaient à craindre.

M. Doléris, à propos d'une observation de rupture utérine relatée dans les *Annales de Gynécologie* de mars 1884, et très comparable à celle que nous rapportons, dit que : « la femme qui est sous le coup d'une rupture utérine court trois grands risques immédiats dont chacun peut conduire à la terminaison fatale : 1° le choc traumatique; 2° l'hémorrhagie; 3° l'infection septique. »

La femme qui fait l'objet de notre observation a été à l'abri de ces accidents; et si, mettant de côté le choc traumatique et l'hémorrhagie auxquels elle a heureusement échappé, nous examinons les chances qu'elle avait d'être atteinte par l'infection septique, nous sommes en droit de constater que la méthode antiseptique joue manifestement son rôle dans la non-apparition de ces accidents.

Comme le dit M. Bar, dans sa thèse pour l'agrégation (Des méthodes antiseptiques en obstétrique, 1883): les statistiques de Trasch et de Jolly, montrant que la gastrotomie après la rupture utérine sauve plus de femmes que l'intervention par les voies naturelles, ont perdu singulièrement de leur valeur depuis l'introduction de la méthode antiseptique. Et le drainage lui-même, dont l'efficacité, du reste, a été contestée par quelques auteurs, n'est pas une condition absolue de succès. Comme le dit encore Bar : « Il existe un certain nom-
« bre de faits dans lesquels de simples injections intra-uté-
« rines ont suffi, sans drainage, pour empêcher tout accident.
« M. Tarnier nous a communiqué deux observations très in-

« téressantes, dans lesquelles le drainage n'a pas été employé; « la guérison a été rapide. Alberts a rapporté un cas sem- « blable. »

Pour nous, outre la compresse antiseptique en permanence à la vulve, et les pulvérisations phéniquées dans la salle, nous n'avons employé que les injections vaginales, et notre guide a été l'état général de la femme.

Celle-ci, la délivrance aussitôt accomplie, n'a jamais présenté, en somme, aucune réaction fâcheuse qui pût faire craindre l'infection. Il n'y eut pas de frisson, la fièvre fut modérée, les vomissements cessèrent assez rapidement, les lochies ne furent fétides à aucun moment; rien, enfin, ne nous commanda une intervention plus active.

La séreuse péritonéale complètement déchirée, l'observation le prouve, fut largement en contact avec les liquides épanchés et les parties fœtales qui passèrent dans sa cavité; mais le traumatisme fut et demeura aseptique; or, « le traumatisme asep- « tique, dit judicieusement Doléris (loc. cit.), ne prédispose « qu'aux raptus purement congestifs et aux réflexes qui leur « sont inhérents, tandis que le traumatisme septique prépare « et crée presque fatalement l'infection sous toutes ses formes, « congestive, inflammatoire, suppurative ou toxique. »

En résumé, l'antisepsie qui fut pratiquée a suffi à préserver la femme de toute infection et la guérison fut ainsi complète en un temps relativement court.

DE QUELQUES ACCIDENTS INTESTINAUX
SURVENANT APRÈS LES OPÉRATIONS ABDOMINALES

Par M. P. Sebileau, interne des hôpitaux.

Voici d'ordinaire ce que l'on observe chez une malade qui a subi une opération abdominale importante, une ovariotomie, par exemple :

Rapportée dans son lit, il est rare qu'elle ne vomisse pas :

ce sont des vomissements verts, bilieux, à la façon des matières rendues par les individus à jeun sous l'influence de l'anesthésie chloroformique. Quelquefois ces nausées cessent rapidement, et bientôt l'opérée, plus calme, peut goûter quelque repos. Dans certains cas, les vomissements persistent quelques heures, fatigant davantage les malades par leur caractère nauséeux que par la fréquence de leur répétition. On sait, en effet, qu'ils surviennent sous forme de crises ordinairement assez éloignées, et que, comme beaucoup d'autres, ils se comportent tout différemment, suivant les individus, n'étant ici qu'une simple régurgitation sans douleur, là, au contraire, une expulsion véritablement pénible de mucosités et de bile.

Généralement aussi, pendant le jour de l'opération et durant la nuit qui la suit, soit entre les crises de vomissements, soit quand elles sont terminées, se manifeste du hoquet, ou, pour mieux dire, une émission intermittente de gaz par la bouche, sortes de renvois très variables de nombre et d'intensité, mais déterminant toujours des secousses diaphragmatiques et abdominales très fatigantes.

Le lendemain tout rentre dans l'ordre : plus de nausées; plus de renvois. Alors survient, habituellement, l'émission de gaz anaux plus ou moins abondants, toujours accompagnée d'une sensation de bien-être et d'un soulagement marqué pour l'opérée.

Voilà, comme nous le disions précédemment, la règle : c'est au moins ce que nous avons constaté chez les malades assez nombreuses que nous avons eu l'occasion de voir à la Salpêtrière dans le service de notre maître, M. le Dr Terrillon, et que nous avons toutes observées et étudiées de très près.

Nous pensons que ces phénomènes sont d'une explication facile : les vomissements ne sont autre chose que le résultat tardif et plus ou moins prolongé de l'intoxication chloroformique, et ils ne nous paraissent avoir ici d'autre signification que celle qu'on leur attribue après toute opération longue, nécessitant une anesthésie de plusieurs heures.

Quant à l'émission de gaz par la bouche, que nous n'avons jamais vue manquer, nous croyons pouvoir l'attribuer à une véritable paresse intestinale, et c'est cette paresse intestinale, sur laquelle nous nous expliquerons bientôt, qui nous paraît tenir aussi sous sa dépendance les trois autres types cliniques que nous allons décrire.

Quelquefois, en effet les symptômes s'accentuent, et leur durée s'accroit ; l'émission de gaz par l'orifice buccal persiste encore le lendemain de l'opération ; elle se manifeste surtout à chaque ingestion d'une cuillerée de liquide ; souvent elle en provoque la régurgitation. Cela dure ainsi deux, trois ou quatre jours ; puis quelques coliques surviennent, ordinairement légères : des gaz sont rendus par l'anus, et l'état ne tarde pas à s'améliorer.

La malade, que ces sortes d'éructations fatiguait, devient plus calme ; elle n'a plus cette sensation de plénitude de tension dont elle se plaignait ; sa respiration, un peu gênée, devient plus facile. Au reste, même un certain temps après le rétablissement du cours des gaz intestinaux, quelques-uns s'évacuent encore par l'œsophage ; mais ils diminuent peu à peu pour cesser bientôt.

Dans tout ce tableau, rien d'inquiétant, et rien autre chose, en somme, que quelques ennuis susceptibles, au plus, de troubler un peu le repos des premiers jours.

C'est le type *bénin*, *léger*, des accidents intestinaux post-opératoires.

Ailleurs, le tableau change, ou plutôt s'accentue ; les symptômes ne s'annoncent pas autrement que dans le premier cas, mais ils persistent plus longtemps. Les éructations continuent et s'accompagnent de vomissements ; le ventre se ballonne ; la région épigastrique, au-dessus du pansement, augmente de volume, et donne, à la percussion, un son tympanique grave ; la malade repose peu, et bientôt plus. Si elle n'est pas tenue sous l'action continuelle de l'opium, elle se fatigue vite à cette série d'éructations nauséeuses qui déterminent des secousses pénibles dans tout l'abdomen ; la respira-

tion est embarrassée, difficile : les inspirations que la malade essaie de rendre plus profondes ne lui donnent cependant pas la sensation d'une respiration complète ; elle « manque d'air » : le facies se fatigue ; les yeux se creusent; les traits se tirent un peu. On ne se trompe guère à cette sorte d'étranglement interne à marche lente, si tant est que tout cela mérite le nom d'étranglement.

Mais souvent l'introduction d'une sonde anale, un simple lavement, l'emploi surtout d'une douche ascendante, une purgation quelquefois, amendent les accidents ; avec des matières fécales, sort une quantité considérable de gaz, et très rapidement, l'état de la malade s'améliore. Quelquefois, pourtant, les troubles réapparaissent. C'est même l'ordinaire. Cet intestin, qui n'a fonctionné qu'à l'aide de moyens artificiels, a souvent besoin qu'on les renouvelle pour continuer à se débarrasser des matières qui l'encombrent.

C'est là le *type moyen* des accidents intestinaux post-opératoires.

Dans quelques cas, au contraire, la thérapeutique est sans ressource : tout ce qu'on essaie reste sans effet : on assiste à une véritable occlusion intestinale à marche progressive, et, peu à peu, vers le huitième, neuvième ou dixième jour, la malade succombe au milieu des symptômes qui caractérisent l'état péritonéal. Mais le mal évolue, le plus souvent, sans réaction très intense, à l'abri de ce cortège bruyant de symptômes qui se manifestent d'ordinaire dans l'étranglement intestinal vrai. Peu de douleurs : point de vomissements fécaloïdes, d'habitude : mais un affaiblissement graduel, sorte de péritonisme tranquille au milieu duquel succombe l'opérée.

Ceci constitue le *type grave* des accidents intestinaux post-opératoires.

Tel est un peu schématiquement tracé le tableau de la série des complications intestinales pouvant survenir après la laparotomie. Nous en donnons, pour le justifier, quelques exemples. Ces observations ont été prises par nous, dans le service chirurgical de notre maître M. Terrillon, à la Salpêtrière.

Voici le type bénin.

OBSERVATION I.

(Malade de M. Monod.)

A... (Philippine), âgée de 37 ans, porte une tumeur abdominale de diagnostic difficile. On lui pratique, le 14 février 1885, une incision exploratrice. La plaie est petite, et l'exploration, faite avec la plus grande prudence, dure seulement quelques instants. Elle démontre l'existence d'un utérus gravide. On fait la réunion des deux lèvres de l'incision. Le tout se passe en un quart d'heure.

Nous reproduisons maintenant textuellement, et pour leur laisser toute leur valeur, les notes prises avec le plus grand soin au lit de la malade, par la surveillante du service.

Le 14. La malade vomit de la bile après l'opération. Rend des gaz par la bouche.

A 4 heures. Vomit de la bile en grande quantité.

A 9 heures. Les vomissements recommencent.

Le 15. Pas de vomissements. Rend des gaz par la bouche. Le soir les éructations sont plus fréquentes.

Le 16. La malade est très altérée. Rend des gaz par la bouche. Très peu par l'anus.

Le 17. Rend des gaz par la bouche. Un peu par l'anus.

Le 18. La malade prend un lavement à la glycérine.

Le 19. Elle a des selles abondantes.

Le 20. Elle commence à se nourrir : mais elle rend tout ce qu'elle prend.

En effet, c'est bien là un exemple d'accidents bénins, où les éructations durent quatre jours, sans amener de vomissements, sans altérer l'état général de la malade, mais où cependant nous voyons les fonctions intestinales n'être pas encore assez réveillées une semaine après l'opération pour permettre la digestion des premiers aliments ingérés.

Deux conséquences nous paraissent ressortir naturellement de cette observation : la première, c'est qu'il n'est pas besoin d'un grand traumatisme péritonéal pour provoquer des troubles intestinaux ; la seconde, c'est que nous avons un peu schématisé la description en oppsoant cliniquement l'émission

des gaz par l'anus, à l'émission des gaz par la bouche, et que la seconde ne cesse pas toujours dès que réapparaît la première.

Nous disons : « pas toujours. » Dans certains cas, en effet, il existe une compensation parfaitement marquée, une sorte de balancement, d'alternance entre l'une et l'autre qui empêche leur production simultanée.

En voici un exemple remarquable que nous devons à l'obligeance de notre maître : il s'agit d'une femme adulte qu'il débarrassa récemment d'un kyste dermoïde de l'ovaire. L'opération fut courte et facile.

Observation II.

(Malade de M. Terrillon.)

6 octobre, jour de l'opération. Quelques coliques. Pas de vomissements. Nausées. La malade urine seule.

Le 7, matin. Bonne nuit. Coliques. Lait. Soir. Vomissements. Gaz par la bouche. Pas de gaz par le rectum.

Le 8, matin. Toujours régurgitations avec gaz par la bouche et rien par le rectum. Soir. Amélioration. Gaz abondants par le rectum.

Le 9, matin. Encore des coliques. Gaz par en haut. Nuit médiocre. La malade ne s'alimente pas. Douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Lavement de camomille. Sonde rectale.

Soir. Amélioration.

Le 10, matin. Bonne nuit. Gaz par l'anus. Pas de vomissements. Alimentation légère.

Soir. *Id.*

Le 11. Même état.

Le 12. État nauséeux. Pas de gaz par l'anus. Cet état nauséeux se manifeste dès que les gaz cessent de passer. Alimentation pénible.

Les 13, 14, 15. Même état.

Le 16. Purgation avec deux verres d'eau d'Unyadi-Janos.

Le 24. Malade absolument guérie.

Ainsi donc, il est des cas où les gaz ne s'échappent de l'intestin par la voie supérieure qu'à la condition que la voie inférieure, normale, soit perdue pour eux : dès que, par une

intervention facile, l'introduction d'une sonde anale, on en rétablit la liberté, ils la choisissent. Nous insistons, parce qu'il y a là une indication thérapeuthique intéressante.

Telle se comporte, comme l'indiquent nos observations, la forme bénigne des accidents intestinaux. Le second type, le type moyen, affecte une allure un peu différente.

En voici un exemple.

Observation III.

(Malade de M. Terrillon.)

Marie-Jeanne L..., femme B..., est ovariotomisée le 28 avril ; elle porte un kyste ovarique multiloculaire inclus dans le ligament large. L'opération est longue, difficile : la décortication laisse une grande poche descendant jusqu'au cul-de-sac vaginal, et où sont contenus l'utérus et la vessie. On réunit les lambeaux du ligament large, séparé de la tumeur, et on en soude les bords à la paroi abdominale. On draine la poche.

Nous passons rapidement : voici les suites opératoires :

Le 28. Pas de vomissements.

Le 29. Nausées. Éructations. Malade fatiguée.

Le 30. Éructations. Quelques gaz anaux.

1er mai. *Id.*

Le 2. *Id.*

Le 3. Deux lavements restent sans effet. Nausées. Le facies fatigué. La malade abattue. Pas de sommeil. Le ventre se ballonne.

Le 4. Nausées. La malade prend de l'huile de ricin. Colique. Pas de garde-robes. Deux grands lavements sont donnés le soir ; ils sont rendus immédiatement. Les nausées persistent. Enfin, quatre selles se produisent. La malade est soulagée. La nuit, deux garde-robes nouvelles.

Le 5. Persistance des nausées.

Les 6, 7 et 8. Les selles deviennent régulières. Les éructations et les nausées disparaissent.

Voilà un cas où les accidents, on le voit, furent plus rebelles, où il fallut plusieurs excitations intestinales pour rétablir le cours des matières fécales et des gaz, et où, déjà, des accidents

généraux avaient fait leur apparition quand la débâcle fut obtenue.

Nous avons observé un second exemple offrant avec celui-ci beaucoup de ressemblance.

Observation IV.

(Malade de M. Terrillon.)

Marie B..., veuve D..., porte un myôme interstitiel qu'on énuclée le 22 juillet 1885. L'opération est longue, le traumatisme considérable.

Le 22. Éructations fréquentes. Vomissements muqueux et bilieux répétés.

Le 23. Coliques vives et persistantes.

Le 24. Coliques. Éructations fréquentes et pénibles. Nausées. Quelques gaz sont rendus par l'anus.

Le 25. Éructations. Ballonnement du ventre.

Le 26. Éructations. Très peu de gaz par l'anus. L'état général est grave. La malade s'affaiblit. Introduction d'une sonde rectale.

Le 27. Mort.

Nous ne rangeons point cette malade parmi les types les plus graves, parce qu'elle n'est pas morte, selon nous, de ces phénomènes intestinaux. La marche de la température, l'évolution de la maladie, nous font croire qu'elle a dû succomber à la septicémie. Mais il n'en est pas moins vrai qu'elle a présenté de la façon la plus nette des symptômes d'occlusion, et nous n'oserions point affirmer qu'emportée moins vite par la résorption putride, elle n'eût pas offert un tableau copié sur le suivant.

Observation V.

(Malade de M. Terrillon.)

Catherine B..., femme D..., subit le 30 juillet une ovariotomie simple, normale et facile, pour un kyste multiloculaire de l'ovaire, non adhérent, possédant une grande poche principale.

Le 30. Nausées et vomissements.

Le 31. Éructations. Coliques.

1er août. Éructations.

Le 2. Éructations. La malade ne repose pas.

Le 3. Quelques gaz sont rendus par l'anus. La malade, depuis hier, n'urine qu'à la sonde. Éructations fréquentes, incessantes. Nausées. Vomissements. Dyspnée. Lavement à la glycerine. La malade rend un peu de liquide jaunâtre.

Le 4. Un lavement purgatif est rendu coloré de matières fécales. Les éructations persistent. Nausées. Vomissements bilieux.

Le 5. Huile de ricin. Pas d'effet.

Le soir, un lavement purgatif est rendu tel quel : mais les coliques, les éructations et les nausées persistent.

Le 6. Douche ascendante rectale. Pas de résultat.

Le 7. Douche ascendante rectale. Pas de résultat : huile de ricin. Pas de résultat. Eau-de-vie allemande et huile de croton tiglium. Pas de résultat.

Le ballonnement du ventre est énorme : la respiration très gênée ; le pouls petit rapide ; la malade s'affaiblit : les traits se tirent.

Le 8. Mort à 4 heures du matin.

C'est le seul cas mortel que nous ayons observé.

A relire toutes ces observations, on les dirait, à l'intensité près, calquées les unes sur les autres. Elles se résument en quelques mots : *Éructations. Nausées. Vomissements* ou *régurgitations. Coliques abdominales peu vives. Ballonnement du ventre. Gêne respiratoire ;* puis dans les cas graves, *dyspnée croissante. Affaiblissement progressif. Modifications du pouls. Facies hippocratique.*

Tableau un peu pâle de l'étranglement intestinal normal, et qu'on pourrait appeler la forme atone, sans réaction de l'occlusion, forme heureusement justiciable du traitement dans bon nombre de circonstances.

Ces types cliniques, que nous venons de décrire, exemples à l'appui, ne sont pas absolument les seuls. Qu'ils se terminent par la guérison ou par la mort, ils méritent, à proprement parler, le nom de *cas aigus*, et, dans les dix jours au plus, leur évolution a jugé le sort des malades. D'autres, au contraire. traînent en longueur, cèdent au traitement dès qu'on l'institue,

mais réapparaissent dès qu'on le cesse. Ce sont les *cas subaigus*.

D'autres, enfin, apparaissent et évoluent très rapidement. En deux ou trois jours les malades succombent. Nous nous expliquerons sur ces cas qui nous paraissent ne pas devoir être encore acceptés sans discussion.

Voici un exemple de complication intestinale à forme lente :

Observation VI.

(Malade de M. Reclus.)

Le 20 août 1885, Aline M..., femme V..., est opérée d'un kyste de l'ovaire en partie inclus dans le ligament large. Il faut énucléer toute la portion inférieure de la tumeur. L'opération est longue, assez difficile.

Le 20. Éructations. Des vomissements abondants durent tout le jour et toute la nuit.

Le 21. Vomissements abondants, bilieux, sans efforts. Ils augmentent de fréquence. La malade est fatiguée, abattue. La nuit, après avoir été calmée par la morphine, la malade recommence à vomir. Elle rend quelques gaz peu nombreux par l'anus.

Le 22. Amélioration. Émission de gaz par l'anus.

Le 23. Émission de gaz par l'anus et la bouche. La malade ne sommeille qu'avec de l'opium.

Le 24. *Id.*

Le 25. Lavement. Une selle liquide. Gaz anaux. La malade repose.

Le 26. Le matin, la malade prend un œuf et le vomit. Gaz par l'anus. Éructations. La malade est très fatiguée Elle rend cependant une petite quantité de matières fécales. Le soir, éructations et vomissements.

Le 27. État satisfaisant.

Le 28. Le matin, renvois et éructations. On donne à l'opérée un lavement à la glycérine qu'elle rend aussitôt. Le soir, émission de gaz par la bouche. Renvois. Nausées. Vomissements aqueux.

Le 29. Éructations. Nausées. Pas de vomissements. Quelques gaz par l'anus.

Le 30. Lavement glycériné. Une selle abondante. Malgré cela les

nausées et les vomissements persistent toute la journée. La malade est très fatiguée.

Le 31 août et le 1er, 2, 3, 4, 5, 6, 7 septembre. La malade est bien. Elle rend chaque jour une grande quantité de gaz par l'anus. Les selles sont toujours difficiles. L'emploi de lavements et de laxatifs demeure nécessaire. De temps à autre surviennent des coliques et quelques nausées.

Enfin, tout rentre dans l'ordre, et le 1er octobre, la malade sort de l'hôpital.

C'est bien là, on le voit, un exemple d'accidents lents, à répétition, tracassant encore la malade longtemps après que tout danger est conjuré pour elle, et nécessitant l'emploi prolongé d'un traitement, dont l'effet demeurait, à chaque tentative, plus efficace que persistant.

Nous arrivons aux *types suraigus*.

Une femme porte, par exemple, un kyste de l'ovaire ; ce kyste est adhérent au péritoine pariétal, au grand épiploon, à l'intestin ; sa décortication est longue, difficile : il faut faire un grand nombre de ligatures perdues ; des lambeaux épiploïques sont réséqués ; l'intestin et lui restent plus ou moins longtemps au contact de l'air extérieur ; une grande étendue de tissus est lésée ; il reste, après tout cela, une plaie vaste, large surface cruente dont il est quelquefois difficile d'assurer l'hémostase. L'opération cependant est menée à bonne fin ; mais les vomissements, les nausées et les éructations apparaissent rapidement. Le ventre est un peu douloureux, il se ballonne ; le pouls est rapide, maigre ; la respiration difficile. Enfin, et tout cela rapidement, les yeux se creusent ; le nez se pince ; la peau se couvre de sueur froide ; le pouls devient filiforme ; la respiration irrégulière et fréquente ne donne pas à la malade l'air qu'elle cherche au moyen d'inspirations forcées. Au milieu de tout cela, les éructations persistent avec les vomissements, pour cesser seulement quelques heures avant la mort. Celle-ci survient d'ordinaire deux ou trois jours après l'intervention.

Voilà la description très succincte et aussi exacte que pos-

sible des phénomènes que nous avons observés chez deux malades, dont le tableau clinique a été absolument identique. Dans les deux cas, nous avons pratiqué la nécropsie, et voici ce que nous avons trouvé : une injection vasculaire du péritoine et des intestins, quelques hémorrhagies intercellulaires sous-péritonéales et provenant vraisemblablement de la rupture des adhérences; point de sang ni de pus dans la cavité abdominale, mais un météorisme considérable et une distension énorme de toutes les anses intestinales, unies entre elles, dans certains points, par des adhérences commençantes.

Est-ce donc qu'il faille sans réserve, dans ces cas, attribuer la mort aux accidents d'obstruction? Nous n'osons pas le dire : le schok qui accompagne toujours un pareil traumatisme, cette sorte d'état nerveux syncopal qu'on appelle péritonisme, et qui a bien sa raison d'être après une opération de pareille longueur et de pareille difficulté, la congestion péritonéo-intestinale, qui n'est peut-être que le premier degré d'une péritonite au début, peut être enfin une certaine augmentation de la température constatée chez nos malades, tout cela pourrait, à la rigueur, nous être objecté. Et nous le savons. Il nous paraît, néanmoins, qu'il y a là autre chose qu'un élément péritonitique pur. Le peu d'intensité des douleurs, la rapidité de la mort, le peu d'importance des lésions, l'absence dans le péritoine de pus ou de toute autre matière, résultat d'une perforation, nous le font penser. Chez notre dernière malade, nous avions introduit, sans résultat, par l'anus, une sonde rectale.

Nous tenons cependant à répéter que ces accidents ne nous paraissent pas suffisamment dégagés de toutes les autres complications abdominales, et de la péritonite en particulier. Nous les appelons « obstruction de l'intestin, » parce qu'ils nous paraissent ressembler davantage à cela qu'à toute autre chose.

Ce n'est point avec deux autopsies seulement que cette question peut être tranchée. Si les lésions étaient indiscutables, s'il y avait, par exemple, du pus dans le péritoine, la

réponse serait facile. Mais qu'est-on en droit d'affirmer quand tout se borne à une arborisation plus marquée des parois intestinales et à une vascularisation plus apparente des feuillets péritonéaux ? Où donc commence la péritonite, et à quel degré, à quelle intensité, à quelle étendue peut-elle amener la mort ? Cette injection vasculaire enfin, ne la trouverait-on pas chez tous les malades deux, trois ou quatre jours après l'opération ? Et est-il bien sûr que, même dans le cas de guérison, on puisse, sans en exciter transitoirement la circulation, déchirer des adhérences péritonéales et séparer, par une décortication plus ou moins violente, des organes intimement unis par des surfaces d'étendue variable ?

Cela légitime, nous le pensons, ce que nous avancions plus haut, à savoir que ces cas aigus d'obstruction ne devaient pas être admis sans discussion, et nous autorise à poser simplement le problème, ne pouvant le résoudre. Est-ce bien par eux, et par eux seulement qu'ont succombé les deux malades que nous avons observées ?

Tels sont les différents cas cliniques que nous voulions décrire. Les derniers mis de côté, on voit que si tous les autres varient de gravité, c'est bien plutôt par leur persistance, par leur résistance au traitement, que par des allures spéciales et d'emblée effrayantes. Tous ces accidents débutent et évoluent de la même façon ; ils cèdent ou ne cèdent pas ; et, quand ils cèdent, cèdent plus ou moins vite. Voilà la seule raison des divers types que nous avons énumérés.

Etudier pourquoi ces accidents intestinaux se produisent après les opérations abdominales, comprendrait maintenant la réponse à deux questions :

1° Comment des gaz se forment-ils en si grande quantité dans l'intestin ?

2° Pourquoi ne sont-ils pas évacués par la voie normale ?

Résoudre la première est impossible. Ce que l'on sait, c'est ceci : dans certains cas, sans qu'il soit introduit d'aliments dans l'intestin et sans qu'il y ait digestion, alors, par conséquent qu'en matière de fabrication de gaz on ne saurait incri-

miner la décomposition des matières ingérées, il s'accumule, et quelquefois rapidement, dans la cavité intestinale, une quantité considérable de ces gaz. Qu'ils proviennent de réactions chimiques s'opérant, dans le tube digestif, sur les différentes sécrétions stomacale, intestinale, péri-intestinales ; ou bien que le traumatisme active la circulation des parois de cet organe, et augmentant la quantité de sang qui passe à travers des tuniques permette ainsi l'issue plus facile des gaz hors des vaisseaux : il importe cliniquement peu.

Il est plus facile assurément, et plus important aussi de s'expliquer comment ces gaz exhalés ne trouvent pas, dans l'intestin, leur raison d'expulsion normale. Le traumatisme que celui-ci subit, les changements de rapport des anses intestinales entre elles pendant l'opération, quand on les refoule, et après l'opération quand la tumeur qui exerçait sur elles une action compressive variable n'existe plus, la production de quelques adhérences, fruit de l'irritation traumatique, l'excitation mécanique inévitable de filets émanés du système sympathique, qui tient, on le sait, sous sa dépendance, la contractilité intestinale, peut-être, et surtout le contact plus ou moins prolongé de l'air ou d'éponges moins chaudes sont autant de raisons qui nous expliquent suffisamment la paresse, la parésie et la paralysie de cet organe. Il peut en être des fibres musculaires intestinales comme de celles des petites artérioles; le froid les contracte. On sait quels mouvements étendus on observe sur l'intestin d'un animal dont on ouvre le ventre après l'avoir mis à mort. Mais cet excès de contraction se termine toujours par le défaut de contraction, et la parésie intestinale n'est, à cet égard, que la dilatation des artérioles après leur constriction. Il est encore une autre raison sur laquelle nous avons entendu M. Terrillon insister plusieurs fois. Après l'ablation de la tumeur, les anses intestinales, refoulées depuis longtemps à la partie supérieure de l'abdomen, viennent, de nouveau prendre place dans le petit bassin, cavité profonde où elles s'amassent en bloc, formant ainsi une sorte de paquet enfermé dans un puits dont

les parois osseuses et résistantes, ne permettant ni leur distension ni leur déroulement, gêneront ou empêcheront, suivant les cas, le cours des matières.

En définitive, toutes ces causes conduisent au même résultat : l'adynamie intestinale. Il ne faudrait cependant pas croire que là résidât toujours l'origine des phénomènes d'obstruction que nous avons signalés. Il y a des exceptions et il faut les connaître. Il ne faudrait point, par exemple, mettre sur le compte de la paralysie des fibres musculaires, ces accidents graves qui se produisent quelquefois après la castration de la femme, dirigée contre certains myômes hémorrhagiques ou douloureux de l'utérus. Il se manifeste, en effet, quelquefois après l'opération de Battey, des phénomènes congestifs dans la tumeur fibreuse ; son augmentation passagère de volume, jointe au décubitus dorsal où la malade est forcément maintenue, expliquent très bien comment, par la pression sur le rectum ou l'S iliaque, elle devient une véritable cause mécanique d'étranglement. Nous nous rappelons une jeune malade à qui fut pratiquée, cette année, dans le service chirurgical de la Salpêtrière, une double ovariotomie normale, et qui fut prise, quelques jours après son opération, de tels phénomènes d'obstruction qu'elle faillit succomber. Il fallut, pendant plusieurs jours, associer une foule de moyens thérapeutiques pour rétablir le cours des matières fécales et des gaz.

La tumeur, cependant pas très volumineuse, exerçait une telle pression sur le rectum qu'il était quelquefois impossible et toujours difficile d'introduire la sonde rectale au delà de l'ampoule. Ce sont là, nous le répétons, des cas particuliers d'une haute importance clinique, mais bien différents de ceux que nous décrivions précédemment, et dont il faut savoir les distinguer. Ce point de diagnostic est, du reste, moins facile qu'on ne pourrait le penser. Quand, en présence d'une obstruction intestinale, survenant après une opération qui a laissé dans le bassin une tumeur fibreuse plus ou moins enclavée, on sent, par le toucher rectal, la face postérieure de

la masse qui, dans le décubitus dorsal, s'appuie sur le sacrum et effiace la lumière du rectum, la réponse est évidemment facile. Mais quand la compression s'exerce plus haut et que l'obstacle n'est plus tangible, alors la difficulté commence. Est-ce la tumeur ? Est-ce la paralysie intestinale ? N'est-ce pas les deux ? Tel se pose le problème que resoudra d'ordinaire le cathétérisme plus ou moins facile de la partie inférieure de l'intestin à l'aide d'une sonde œsophagienne. Disons, du reste, que les cas où le diagnostic se pose sont, en résumé, rares, et que l'une et l'autre cause d'occlusion sont justiciables ou, à peu près, du même traitement.

Dans certains cas, et cela nous est arrivé avant que nous connussions mieux ces phénomènes intestinaux si fréquents après les opérations abdominales, on se méprend sur la valeur de quelques symptômes. Une malade a des éructations, du hoquet quelquefois ; elle vomit, son ventre se ballonne ; quelques crises douloureuses se manifestent ; la palpation de l'abdomen détermine, au niveau de la plaie, quelques douleurs dont on n'analyse pas suffisamment le siège et la nature ; la courbe thermique indique une légère élévation de la température, due à la fièvre traumatique, mais à laquelle on ne songe pas, tant on a à cœur de faire cadrer les symptômes les uns avec les autres, et l'on croit au début d'une péritonite. Nous ne voulons point rééditer ici tous les signes différentiels de l'occlusion intestinale et de l'inflammation du péritoine ; il faut, du reste, convenir que certaines péritonites traumatiques ressemblent singulièrement à quelques formes d'obstruction ; mais celle-ci se présente d'ordinaire, au moins au début, avec un ensemble de signes autrement moins bruyants que ceux de la seconde ; elle s'établit graduellement, cédant quelquefois d'elle-même, et souvent à l'emploi d'un petit moyen thérapeutique ; l'autre offre, de suite, des allures plus rapides et plus inquiétantes. L'élément douleur, la température, l'aggravation rapide de l'état général ne doivent guère tromper. En tout état de cause, il ne faudrait pas attendre longtemps pour éviter l'erreur. Disons, du reste, que ce dia-

gnostic doit, de nos jours, ne se poser que dans des cas exceptionnels; la péritonite post-opératoire devient une rareté clinique avec les précautions antiseptiques : il n'en est pas ainsi des accidents intestinaux.

Et c'est précisément cette assez grande fréquence qui leur assure une importance pronostique considérable. Sont-ils légers, ils fatiguent la malade, troublent son repos, empêchent son sommeil, éveillent la douleur. Sont-ils plus graves et plus durables, ils ballonnent le ventre ; distendent la paroi, déterminent sur les parties molles une constriction des fils d'argent, retardent la réunion, s'opposent à la nutrition de la malade et l'affaiblissent par les vomissements qu'ils suscitent. Persistent-ils enfin, qu'ils déterminent la mort par une véritable occlusion, terminaison heureusement rare de leur évolution.

La thérapeutique, du reste, n'est pas contre eux sans ressource ; mais nous pensons qu'il ne faut pas trop attendre pour diriger contre eux les moyens dont on dispose.

Quand, le lendemain d'une opération abdominale telle qu'une ovariotomie, ou, au plus, deux jours après, une malade n'a pas rendu de gaz par l'anus, qu'elle a des éructations, des nausées et des vomissements, nous pensons qu'il faut de suite introduire dans le rectum une sonde rectale ou œsophagienne, la dernière de préférence. Elles vont ainsi, l'une mieux que l'autre, au-devant des gaz, et ont surtout l'avantage d'exciter, par leur présence, et par un phénomène réflexe bien connu, la contractilité des fibres musculaires.

Il suffit souvent de cette manœuvre facile, et pour laquelle il faut tout au plus quelques précautions, pour assurer désormais l'issue des matières solides et gazeuses. Quelquefois l'intestin est plus rebelle : pendant trois, quatre ou cinq jours de suite l'introduction de la sonde rectale est nécessaire...

Quand ce moyen réussit, et il réussit souvent, c'est le meilleur : il ne fatigue point les malades ; l'opération se fait facilement, dans le décubitus dorsal, sans dérangement pour l'opérée.

Quand elle reste infructueuse et que les accidents ne s'amendent pas, il faut agir par le bout supérieur du tube digestif, avant de tenter rien autre chose. De tous les purgatifs, le mieux toléré et le plus doux, celui que nous avons toujours vu employer à notre maître, est l'huile de ricin à doses fractionnées. Au prix de quelques douleurs seulement, elle détermine souvent la débâcle recherchée, et réveille suffisamment la contractilité intestinale. Il n'est pas rare, cependant, qu'il faille renouveler les doses, et qu'on soit obligé de répéter deux ou trois fois le traitement, en mettant ordinairement un jour d'intervalle entre chaque prise.

Lorsqu'avec cette médication on n'a rien obtenu, nous pensons qu'il est indiqué, avant d'avoir recours à des purgatifs plus violents qui fatiguent beaucoup les opérées, déterminent des douleurs intenses et suscitent assez souvent des vomissements, d'user d'un traitement qui nous a donné quelquefois d'excellents résultats et sans préjudice aucun pour les patients : nous voulons parler des douches ascendantes intestinales.

A l'aide d'une sonde œsophagienne introduite précautionneusement le plus loin possible, on peut injecter dans l'intestin de l'eau gazeuse de seltz, au besoin une infusion purgative sous une certaine pression. Il est rare qu'on n'obtienne pas, par ce moyen, l'émission de gaz nombreux et le rejet de quelques matières fécales délayées et presques dissoutes dans le liquide. Malgré la puissance de distension que possèdent les tuniques intestinales saines, il faut toujours agir avec une certaine circonspection, ne pas forcer la pression de la douche, et n'injecter qu'une quantité donnée de liquide.

Nous nous rappellerons toujours le cas suivant, que nous avons observé dans un des hôpitaux militaires de Paris, alors que nous y faisions notre année de service obligatoire. On pratiqua à un jeune soldat, qu'on croyait atteint d'étranglement interne, des douches ascendantes répétées et forcées ; on obtint l'issue de quelques matières délayées : mais, pendant l'opération, le malade fut pris d'une douleur vive de

l'abdomen ; des symptômes généraux graves éclatèrent bientôt, il tomba dans le collapsus et mourut quarante-huit heures après. Nous ne savons plus lequel des deux avait perforé l'intestin, de la douche ascendante qu'on avait pratiquée, ou de la fièvre typhoïde qu'on n'avait pas vue.

C'est seulement après avoir, à plusieurs reprises, essayé en vain l'emploi de ces douches ascendantes, que l'on doit, croyons-nous, surtout si les accidents surviennent chez une opérée récente, affaiblie et peu résistante, administrer l'eau-de-vie allemande ou l'huile de croton tiglium.

Il est un moyen d'éveiller l'excitabilité contractile de l'intestin, très prôné depuis quelques années, et dont nous n'avons essayé l'action, cette année, chez aucune de nos malades : c'est l'électricité sous forme de courants continus. Peut-être obtiendrait-t-on des résultats heureux. Si le hasard nous fournit l'occasion d'en user, notre maître nous a conseillé leur emploi au premier cas échéant. Nous nous rappelons une malade à laquelle ils furent très utiles ; il ne s'agissait point d'une opérée.

Nous étions alors interne dans le service de notre premier maître, M. le Dr Demons ; à la salle 5, lit n° 9, de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, était couchée une malade hystérique, chez qui des phénomènes paralytiques de l'intestin avaient déterminé la production d'un météorisme énorme. Celui-ci s'accentua bientôt subitement, la malade se cyanosa, ses extrémités se refroidirent, le pouls devint filiforme, les traits se tirèrent.

En présence de l'intensité croissante des symptômes, M. Demons prit la résolution de pratiquer la laparotomie, craignant que quelque cause mécanique d'occlusion ne fût cachée par le ballonnement abdominal. Sur son conseil, et sur celui de notre autre maître, M. le Dr Boursier, nous essayâmes, d'abord, les courants continus. Le résultat immédiat ne fut pas énorme, mais la malade rendit quelques gaz ; après deux ou trois séances d'électrisation, nous obtînmes l'évacuation de matières fécales, une émission gazeuse plus abondante, et la

diminution énorme du tympanisme. La malade fut sauvée.

Nous savons bien que l'exemple n'est pas à l'abri du reproche ; ce n'est pas après des résultats obtenus sur ces étranges organisations des hystériques, où les surprises et les méprises sont faciles qu'il faut se prononcer formellement sur un mode thérapeutique ; mais, en résumé, c'était là un cas bien net de paralysie intestinale. Et comme il ne s'agit point d'autre chose dans les accidents que nous avons signalés après les opérations abdominales, nous ne serions point étonné qu'on pût, par un même moyen, obtenir un même bénéfice.

REVUE CLINIQUE.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

PROCIDENCE DU CORDON

DÉCOLLATION AVEC LA FICELLE, PROCÉDÉ DU PROF. PAJOT.

Communication faite à la Société médicale de Salonique (7 *janvier* 1886)

Par le Dr Albert Seiaky,
Ancien externe de la Clinique d'accouchements de Paris.

Estrea R..., 28 ans, multipare, est enceinte de neuf mois. Réglée à partir de 12 ans, tous les mois, d'une bonne santé habituelle, elle a marché de bonne heure.

Mariée depuis neuf ans, elle a eu, un an après son mariage, un enfant à terme ; accouchement spontané. Deux ans après, nouvel accouchement, difficile celui-là, il y a eu intervention du médecin : enfant mort.

La femme ne redevient enceinte que trois ans après cet accouchement ; à cette époque, elle accouche de deux enfants mâles, bien portants actuellement.

La femme est d'une stature moyenne et paraît bien conformée extérieurement.

Elle dit avoir eu ses règles, pour la dernière fois, le 15 avril.

Rien de particulier à relever dans l'histoire de sa grossesse, il n'y a pas eu de pertes de sang.

La malade me raconte, néanmoins, que le mercredi, 9 décembre, à la suite d'une forte colère contre un des membres de sa famille, elle s'est évanouie. Lorsqu'elle eut repris connaissance, elle s'est mise à nettoyer le parquet. Comme elle se courbait en deux, elle a senti brusquement son fœtus changer de position et *s'enclaver*, dit-elle, dans son langage pittoresque, comme une vrille au flanc gauche (la femme considère, dès ce moment, son enfant mort, n'ayant plus senti remuer).

Dès lors la malade se mit à souffrir fortement et la douleur du flanc ne la quitta plus. Nous verrons tout à l'heure que cette prétendue vrille n'était autre chose que l'extrémité céphalique du fœtus.

La nuit de mercredi et toute la journée de jeudi, elle continua à souffrir, mais les douleurs redoublant d'intensité dans la nuit, elle envoya chercher la sage-femme.

Celle-ci arrive, pratique le toucher, rompt très vraisemblablement la poche des eaux et le liquide amniotique s'écoule prématurément.

La dilatation du col utérin, à ce moment, me dit la sage-femme, est loin d'être faite.

Les douleurs cessent avec la perte des eaux, la malade passe une bonne nuit et se lève le lendemain (11 décembre), bien à son aise, il faut le croire, puisqu'elle peut vaquer à ses affaires qui sont assez pénibles.

La journée de samedi (12 décembre) se passe sans aucun incident, lorsque vers 8 heures 1/2 du soir elle se sentit mouiller, puis éprouva une douleur au niveau de la région lombaire, puis une seconde à la région sacrée. A ce moment elle envoie chercher de nouveau la sage-femme. Celle-ci, à son arrivée près de la parturiente, voyant le bras qui pend au dehors du vagin, envoie chercher le Dr A. Nissim.

Notre confrère arrive et constate qu'avec la procidence du bras il y a une présentation de l'épaule et un prolapsus du cordon, il tente la version, mais n'y arrivant pas, il n'hésite pas à me mander près de lui.

J'arrive à cinq heures du matin. Dès mon entrée dans la chambre de la parturiente, je constate les faits suivants : la femme est couchée par terre, sur un vrai lit de misère.

L'utérus se contracte fréquemment, il est presque contracturé, sa forme est élargie.

Le palper me permet de reconnaître, *vaguement*, la présentation et la position. Le fœtus me paraît en acromio-iliaque droite, de l'épaule droite ; les parois de la matrice sont tendues et très rétractées : il ne reste point de liquide amniotique dans l'œuf.

L'auscultation ne révèle que le souffle utérin. J'aperçois le membre supérieur droit procidé en totalité, qui pend très long, inerte, rouge foncé et l'épiderme exfolié, froid, entre les jambes de la femme. A côté de la main, l'anse funiculaire froide et dépourvue de pulsations.

Par le toucher, j'arrive aisément sur les régions scapulaire et thoracique, situées dans l'excavation pelvienne, mais le cou est retenu bien haut, il est impossible de l'atteindre. Toutes ces parties sont fortement tassées et profondément engagées.

Vu cet engagement profond des parties, la perte du liquide amniotique et les contractions constantes de l'utérus, je ne songe même pas à la version déjà tentée et j'expose au confrère, M. Nissim, mon intention, qui était de pratiquer l'embryotomie. Cela, d'autant plus rapidement que la parturiente me paraît très *fatiguée* par le travail qui dure déjà depuis assez longtemps : *elle a, du reste, déjà eu des défaillances qui nous ont fait craindre pour ses jours.*

Mais avant de prendre une décision définitive en vue d'une intervention, nous voulons avoir l'avis d'un troisième confrère ; à ce sujet, je réclame l'aide de mon excellent ami, le Dr Faradji.

Celui-ci arrive, et, après une très courte discussion, nous concluons tous pour l'embryotomie. Je pensai alors qu'il était plus rationnel de choisir la méthode la plus inoffensive en même temps que la plus commode et me décidai pour la section du fœtus par le procédé du crochet armé de la ficelle, tel qu'il est conseillé par notre excellent maître le professeur Pajot.

Une première difficulté qui se présenta à nous ce fut d'atteindre le cou du fœtus. En touchant de la main droite et de la main gauche, derrière la symphyse pubienne et bien haut, je n'arrivais que péniblement sur la région claviculaire. J'essaye de passer le crochet autour du cou, je n'y parviens pas. A ces tentatives nous échouâmes, tour à tour, tous les trois confrères. Cette difficulté a été telle que mes deux confrères songeaient déjà à la décollation avec les ciseaux de Dubois, lorsque avant d'y consentir, j'ai voulu faire une dernière tentative. Cette fois-ci, au lieu de passer ma main derrière la symphyse pubienne et en avant du fœtus, comme précédemment, je porte ma main droite sur le côté et en arrière du bassin, et là je trouve un petit

espace qui me permet, à ma grande joie, de reconnaître le cou de l'enfant; dès lors nous fûmes maîtres de la position.

Laissant alors ma main dans le vagin, l'index et le médius appliqués sur le cou, je saisis le crochet de ma gauche et l'introduisis à plat en le dirigeant sur ma main droite placée dans le vagin et faisant office de conducteur. Cette introduction, je n'ai pu la faire que sur la région postérieure du fœtus, car il était impossible de passer sur la région antérieure, comme je l'ai déjà dit.

L'index et le médius de ma main droite guidant le crochet, je fis de ma main gauche exécuter à celui-ci un mouvement de rotation tout en l'abaissant de manière à entourer le cou du fœtus.

Par une légère traction, je m'assurai que l'instrument avait une prise solide. Je le confiai alors au Dr Nissim, et tandis que, de ma main droite, je poussais l'extrémité extérieure de la baleine, deux doigts de ma main gauche touchant la région antérieure et supérieure de la poitrine du fœtus — sans pouvoir arriver au cou à cause de l'élévation de la partie et de la difficulté d'arriver plus haut — je me contentai d'attendre que la balle, mise en mouvement par l'impulsion de la baleine, se détachât de l'extrémité du crochet, descendit sur la paroi antérieure du bassin et vint heurter l'extrémité de mes doigts.

Après quelques instants je sentis, non pas l'olive, comme je m'y attendais, mais l'extrémité de cette baleine et l'attirai en dehors du vagin... Le reste fut l'affaire d'un instant. J'attirai la ficelle, je retirai le crochet avec précaution en le soulevant et en lui faisant suivre les mouvements inverses de ceux de l'introduction.

N'ayant pas de spéculum à ma portée, je fis protéger les parois du vagin par les mains des deux confrères qui m'assistaient, et me mis en devoir d'opérer la section du fœtus par des mouvements de scie, rapides et soutenus.

En une minute la décollation était achevée et l'anse de la ficelle revenait à vide. Je n'eus plus qu'à tirer sur le bras procidé pour extraire le tronc collé aux membres inférieurs. Une contraction utérine suivit cette expulsion et chassa la tête jointe au membre supérieur gauche.

L'opération qui s'est effectuée avec la plus grande somme de sécurité pour la mère, n'a pas duré, préparatifs, section et expulsion du fœtus, plus de dix à quinze minutes. Délivrance naturelle vingt minutes après.

Pas d'hémorrhagie, néanmoins, par surcroît de précaution, on fait une injection d'ergotinine de Tanret.

Quant à la décollation elle-même, elle n'a pas exigé plus *d'une minute*, et cependant la section, très oblique, a porté, non seulement sur la base du cou, mais aussi sur la région scapulaire, qu'elle a laissée collée au cou.

Cette obliquité de la section s'explique par l'attitude du fœtus d'une part et par la précaution que j'avais prise, en sciant, de porter un peu la ficelle du côté du tronc. La section était d'une netteté parfaite.

Il n'y avait aucune lésion des organes maternels qui furent examinés avec le plus grand soin.

L'enfant, à terme, pesait 3,000 grammes environ. Il était bien développé et normalement conformé. Le cordon mesurait 0,60 centimètres.

Une injection intra-utérine avec la solution de sublimé à 1/1000e est faite. Nous nous servons pour cela de la sonde à double courant de Budin.

Nous prescrivons une potion de Todd, et quittons la parturiente après l'avoir couchée dans son lit.

Trois heures après je reviens. La température est de 38°. Le pouls à 80. L'opérée se plaint de douleurs au niveau des cornes de l'utérus. Elle n'a pas uriné, je la sonde et retire une grande quantité d'urine.

Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Bouillon, lait et potion au cognac. Le soir, T., 38°,6 ; P., 90. Je fais une injection vaginale avec la liqueur de Van-Swieten. Cathétérisme. Sulfate de quinine : 1 gr. Le 14 décembre au matin, la malade me dit avoir passé une bonne nuit. Légère douleur au niveau de la corne droite de l'utérus. Cathétérisme. T. 37°,8. P. 85. Injection vaginale ; le liquide ramène un débris de membrane. Cataplasmes et potion au cognac. Le soir, T. 38°,5; P., 90. Miction spontanée. Sulfate de quinine. Le lendemain, 15, la nuit a été bonne ; les douleurs du ventre sont moindres. T., 37°,5 ; P., 80. Même prescription que la veille. Le soir, la température n'est plus que de 38°,5, le pouls, 85.

Le 16. Quatrième jour de l'accouchement, la parturiente n'a pas encore été purgée; j'administre un purgatif qui la soulage beaucoup. Le soir, température, 38°.

Le 17. Cinquième jour de l'accouchement, la malade n'éprouve plus aucun malaise.

La température oscille entre 37°,5 et 38°. Le pouls est normal.

Elle peut être considérée déjà comme guérie.

Neuf jours après l'accouchement, l'opérée, bien portante, se lève.

Les suites des couches, vous le voyez, Messieurs, se sont passées avec une régularité parfaite et sans aucun accident.

Ce résultat est d'autant plus beau qu'il règne, comme vous le savez, en ce moment-ci une mauvaise constitution médicale des femmes en couches (plusieurs cas de fièvre puerpérale, éclampsie, délire puerpéral et mort subite).

J'ai cru qu'il était intéressant de faire connaître cette observation, qui est la première de cette espèce pratiquée à Salonique et qui n'a pas été non plus souvent faite en Europe, puisque le professeur Pajot, auteur du procédé, dans sa longue et vaste pratique, n'a pas eu, au dire de M. Doléris (1), jusqu'ici, l'occasion de la pratiquer, à Paris tout au moins.

J'ajouterai que cette méthode peut être avantageusement substituée, dans la grande majorité des circonstances, aux autres procédés d'embryotomie : l'introduction du crochet, dit le professeur Pajot, est toujours possible même dans les rétrécissements les plus considérables. Elle est sans aucune comparaison beaucoup moins laborieuse que la décollation avec les ciseaux de Dubois.

En outre, il n'existe aucune parité entre les difficultés qu'on peut rencontrer dans l'introduction d'un crochet et celles de la version, si aisée qu'elle puisse paraître, et au sujet de laquelle il ne faut jamais oublier la célèbre phrase de Dubois : « On sait quand on commence la version, mais on ne sait jamais quand on la finira. »

---

(1) Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 8 janvier 1885).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 décembre 1885.

M. Terrier cite un **cas de récidive d'un kyste de l'ovaire.** Il avait, chez une femme âgée de 20 ans, pratiqué l'ovariotomie. La tumeur enlevée pesait plus de 6 kilogrammes, était formée de deux kystes principaux, mais offrait dans son intérieur une infinité de kystes très petits. Parois épaisses, dures, possédant en certains points une consistance cartilagineuse. M. Malassez examina la tumeur, qui lui parut analogue à celles décrites sous le nom de tumeur kystique du testicule, et, se fondant sur les caractères histologiques, il laissa entrevoir la possibilité d'une récidive.

Or, un an après environ, la malade voyait son ventre grossir de nouveau et ressentait des douleurs, très vraisemblablement causées par des poussées de péritonite. La laparotomie, pratiquée pour la seconde fois, permit de constater la présence de tumeurs adhérentes, analogues à celles qui avaient été enlevées lors de la première intervention. Mais cette fois on ne put en enlever qu'une partie et la malade succomba aux suites d'une péritonite généralisée.

L'examen histologique montra que les éléments de ces tumeurs étaient fort complexes. Il permit, en effet, de constater la présence de masses épithéliales, de nodules cartilagineux qui, dans certains points, avaient subi la transformation osseuse ; enfin des fibres musculaires lisses et striées. Mais, fait intéressant, il permit aussi de prévoir, immédiatement après l'opération, la possibilité d'une récidive.

Séance du 6 janvier 1886.

M. Berger lit un rapport sur **quatre observations de laparotomie** qui ont été envoyées par M. Jeannel. Il s'agissait, dans un cas, d'un kyste de l'ovaire, dans l'autre d'un myôme utérin extrêmement volumineux. Les deux opérations furent suivies de guérison; mais dans les deux autres cas, il y eut erreur de diagnostic : dans l'un, on prit pour un kyste de l'ovaire une masse cancéreuse de l'intestin grêle; l'opérée

mourut de péritonite. Dans l'autre, il s'agissait encore d'une dégénérescence cancéreuse des ganglions mésentériques, et l'on avait également songé à une tumeur ovarienne. On constata, en outre, chez la dernière opérée, la présence d'une ascite chyleuse.

M. Terrillon a vu l'ascite chyleuse compliquer une tumeur ovarique de nature végétante. La graisse, qui entre dans la composition du liquide épanché, provient sans doute d'une sorte de fonte des végétations dégénérées.

M. Verneuil dit que les liquides chyleux ou lactiformes sont souvent d'origine parasitaire ; aussi doit-on, pour en bien déterminer la nature, combiner l'examen microscopique avec l'analyse chimique.

M. Bouilly cite un cas d'obstruction intestinale survenue chez une de ses opérées deux ans après une ovariotomie qui s'était terminée de la façon la plus heureuse. Ces accidents d'obstruction doivent sans doute être considérés comme les suites éloignées mais directes de l'opération.

MM. Terrier et Duplay font observer que ces sortes d'accidents sont aujourd'hui parfaitement connus, mais qu'il ne faut pas les confondre avec d'autres accidents plus immédiats qui sont, eux, sous la dépendance de péritonisme ou de péritonite. Les premiers sont dus à la production de brides et d'adhérences.

M. Terrier rapporte une nouvelle opération d'**hystérectomie vaginale pour un cancer du col.** La principale difficulté consista dans l'abaissement de l'utérus. Il se produisit un petit contre-temps. Une ligature se détacha. M. Terrier, pour parer à cet accident, appliqua deux pinces à forci-pressure qui furent laissées dans la plaie. Suites de l'opération excellentes. La malade se levait au quinzième jour. M. Terrier a constaté que la forci-pressure peut, très avantageusement, être substituée aux ligatures, si difficiles à appliquer sur les ligaments larges ; c'est là le temps le plus long de l'opération, et il peut être ainsi fort abrégé.

Prennent part à la discussion : MM. Verneuil, Desprès, Terrillon, Tillaux, Richelot, Duplay, Pozzi.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 14 janvier 1886.

M. Guéniot lit une communication sur **les rétrécissements cicatriciels du vagin**. Il fut consulté par une jeune dame chez laquelle, après un accouchement terminé par le forceps, il s'était produit des eschares, d'où un rétrécissement cicatriciel du vagin. Les rapports sexuels étaient devenus très douloureux. Cette personne avait déjà consulté d'autres médecins, qui, ayant trouvé, paraît-il, des ulcérations, avaient conseillé et pratiqué des cautérisations au nitrate d'argent. A l'examen, M. Guéniot constata l'existence d'une atrésie cicatricielle très accusée, qui intéressait la moitié supérieure du vagin. On était arrêté par une sorte de voûte, qui présentait néanmoins une ouverture transversale de quelques millimètres, laquelle permettait d'introduire, mais avec une grande difficulté, une sonde de moyen calibre, jusqu'à l'utérus.

La femme, assez jeune encore, désirait vivement devenir mère. Or, les rapports conjugaux étaient presque impossibles, l'éruption menstruelle, elle-même, était très douloureuse. Pressé par sa cliente, M. Guéniot accepta de faire une opération, qui fut pratiquée, la malade étant soumise à l'anesthésie chloroformique. Il avait emporté pour la faire, car la chose se passait en province, tout un arsenal gynécologique. Pour éclairer le champ opératoire, il se servit d'une sorte d'abaisse-langue qui, appliqué sur la paroi antérieure du vagin et confié à un aide, permettait, grâce à sa forme coudée, de bien relever la paroi sans gêner en rien l'opérateur.

M. Guéniot reconnut bien vite que, quoi qu'il pût faire, l'éclairage était fort défectueux et que, l'opération ainsi conduite, ne présentait pas une grande somme de sécurité.

Il se décida alors à demander au toucher un contrôle sûr que la vue lui refusait, et il n'employa pour terminer l'opération qu'un simple bistouri. Dès ce moment, les choses marchèrent beaucoup plus vite et fort bien ; « *l'indicateur gauche porté jusque dans l'amorce du nouveau canal, et, pressant sur le tissu à diviser, tantôt en avant, tantôt en arrière, puis à gauche, à droite, en un mot dans toutes les directions successivement, faisait ainsi saillir de petites brides, d'une dureté cartilagineuse que le bistouri incisait chaque fois, en produisant un bruit sec qui s'entendait à distance.* »

M. Guéniot a pensé qu'il y avait intérêt à rapporter cette observation, parce que les livres classiques ne sont pas très explicites au sujet de la conduite à tenir. Or, à son avis, « *pour ces cas difficiles, où il s'agit de reconstituer sur place un canal presque oblitéré, c'est au bistouri constamment dirigé par le doigt qu'il convient de donner la préférence.* »

Tel fut le traitement immédiat. Pour le traitement consécutif, qui avait pour but d'assurer une dilatation définitive, il conseilla l'introduction réitérée et prolongée du spéculum. En outre, il comptait bien un peu sur l'intervention du mari pour augmenter les chances d'une guérison radicale.

« *Un an après, le rétrécissement vaginal s'était reproduit, mais à un moindre degré. Le trajet cicatriciel, au lieu d'être sinueux comme l'ancien, offrait une direction rectiligne; de plus, sa longueur était moindre et son diamètre plus large. Celui-ci mesurait environ dix millimètres. Les règles pouvaient couler sans entrave et ne provoquaient plus de douleurs. Rapports conjugaux moins difficiles. En définitive, quoique beaucoup trop restreint, le bénéfice de l'opération était incontestable.* »

M. Guéniot rappelle deux faits de rétrécissement du vagin, opérés, l'un par M. Malgaigne, l'autre par M. A. Guérin. Mais le cas rapporté par Malgaigne ne saurait être comparé à celui dont il vient d'être question, car la facilité avec laquelle se fit l'opération prouve qu'il s'agissait d'un rétrécissement de date récente. Il n'en est pas de même de celui de M. A. Guérin qui, dans le récit qu'il en a donné, dit qu'il dut se livrer à une dissection minutieuse et que celle-ci exigea plusieurs séances. Or, ces longueurs tenaient peut-être à la nature du procédé employé, *qui était basé sur l'intervention constante de la vue et sur l'emploi des écarteurs vaginaux, au lieu de reposer, comme le sien, sur les notions fournies par le toucher.*

Passant à une autre série d'idées, M. Guéniot examine cette question : *une femme, atteinte de rétrécissement cicatriciel du vagin, devient enceinte, la grossesse réclame-t-elle un traitement spécial, et l'accoucheur doit-il provoquer une délivrance avant terme dans le but de prévenir les difficultés mécaniques qui pourraient se produire dans l'accouchement à neuf mois?* A son avis il convient de se conformer à cette doctrine acceptée en France, et dont la sagesse est pleinement confirmée par les faits, *qu'il faut laisser aller la grossesse à terme.* La pratique démontre, qu'en agissant ainsi, l'accou-

cheur parvient presque constamment, sinon toujours, à sauver la mère et l'enfant.

A ce sujet, M. Guéniot rapporte deux faits très intéressants, l'un tiré de sa pratique personnelle et l'autre pour lequel il fut consulté par un médecin d'Haïti. Dans les deux cas, il conforma sa conduite et ses conseils à la doctrine française, et l'événement lui donna entièrement raison.

DISCUSSION.

M. PAJOT. J'approuve entièrement la conduite suivie et le conseil donné par M. Guéniot. Néanmoins, je désire faire quelques remarques à l'occasion de deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer, l'un à la Maternité, l'autre à ma consultation. Dans le premier cas, il s'agissait d'un rétrécissement du vagin survenu à la suite d'une céphalotripsie. Le conduit génital n'avait plus que le calibre d'une plume d'oie. Cependant, chose curieuse, la menstruation était régulière et non douloureuse, mais les rapports sexuels étaient devenus impossibles. Je tentai la dilatation du vagin, employant d'abord les tiges de laminaire, puis l'éponge préparée. Au bout de six semaines, la dilatation me parut suffisante et je laissai au mari le soin de parfaire la cure, qu'il mena à bien.

Dans le second cas, j'eus affaire à un rétrécissement congénital. La vulve, en particulier, présentait, comme dimension moyenne, 2 cent. 1/2 à 3 centimètres. C'était chez une jeune femme, mariée déjà depuis quatre ans, et qui, naturellement, n'avait pu, au moins complètement, remplir les devoirs conjugaux. Comme chez l'autre femme, j'essayai chez celle-ci la dilatation continue. Et j'ai encore chez moi la série de spéculums en buis, d'un volume de plus en plus grand, absolument comparables à ces tiges graduées d'Hégar, auxquelles M. Guéniot a fait allusion, et que j'avais fait construire spécialement pour cette malade. Chaque deux jours, j'introduisais un spéculum de plus en plus volumineux, et je pus ainsi, au bout de deux mois, rappeler le mari, qui était alors à Schlestadt, et lui confier, comme dans le premier cas, le devoir de compléter la dilatation.

En résumé, j'approuve entièrement la conduite adoptée par M. Guéniot, dans les cas qu'il nous a rapportés; mais je désire insister sur ce point : *qu'il existe certaines variétés de rétrécissement du vagin susceptibles d'être amendés suffisamment, sans qu'on ait recours à une intervention sanglante.*

M. POLAILLON. Je ne veux m'occuper que de certaines brides cicatri-

cielles qui se développent dans la partie supérieure du vagin et au niveau du col de l'utérus, brides cicatricielles et douloureuses qui, par la douleur dont elles sont le point de départ, peuvent empêcher les rapports sexuels. J'ai vu dernièrement une jeune femme atteinte d'une infirmité de cette nature. A la suite d'un accouchement terminé par une application de forceps, elle avait eu des douleurs « dans la matrice ». Elle fut, à cette époque, examinée par un médecin qui lui déclara qu'elle avait une ulcération et qui lui fit plusieurs cautérisations au nitrate d'argent. C'est dix-huit mois après cet accouchement que, souffrant beaucoup durant l'acte de la copulation, elle vint à Paris et me consulta. Or, je constatai l'existence, en arrière et à droite du col, d'une bride, qu'on limitait très aisément, et qui était extrêmement douloureuse à la moindre pression. Quant au col, que je pus parfaitement examiner à l'aide d'un spéculum spécial construit par M. Collin, il était absolument normal. On avait dit à cette femme qu'elle avait une *métrite ; de métrite, il n'y en avait pas*. Puis on lui avait assuré que ce qu'elle éprouvait n'était que *crises hystériques ; et d'hystérie, il n'y en avait pas*. Pour moi, tout le mal était dans la présence de cette *bride cicatricielle douloureuse*. Je fis part entièrement de cette manière de voir à la malade, à laquelle j'assurai la guérison au prix d'une petite opération. Ce mot d'opération l'effraya peut-être un peu ; elle voulut prendre le temps de réfléchir et depuis je ne l'ai pas revue. Elle reviendra peut-être, et peut-être aussi pourrai-je vous communiquer la fin de cette observation.

M. Doléris a eu l'occasion d'observer et de traiter trois cas de rétrécissement cicatriciel, de forme semi-lunaire, du vagin. Il s'est absolument comporté comme M. Guéniot, c'est-à-dire qu'il a sectionné, avec le bistouri et sous le contrôle du doigt, le diaphragme cicatriciel. Immédiatement après, il a pu introduire le spéculum. Dans un des cas, il existait, en arrière de la bride, une sorte de clapier où s'accumulaient tous les produits de sécrétion de l'utérus et du vagin. La femme présentait un état général assez grave, et entre autres accidents, des *vomissements incoercibles*. L'opération ramena bien vite la santé.

Quant aux résultats définitifs de son intervention, il a eu l'occasion de revoir ses trois malades plusieurs mois après qu'elles avaient été opérées, et il a pu constater que la dilatation s'était maintenue. Il se propose, du reste, de faire une communication plus étendue au sujet de ces trois faits et du travail lu par M. Guéniot.

M. Ollivier. — M. Guéniot a-t-il, chez sa cliente, fait un pansement spécial après l'avoir opérée. En somme, a-t-il cherché à assurer la dilatation tout de suite après l'opération ? Les Américains conseillent, en effet, dans ce but, en dehors des pièces qui constituent le pansement antiseptique, l'introduction d'une tige de verre, de volume variable, suivant les cas ?

M. A. Guérin. — Il y a bien longtemps, en effet, en 1864, que je consignai ce fait de rétrécissement cicatriciel du vagin, auquel M. Guéniot a fait allusion. Mais, à propos de ce cas, quelques détails ne sont pas inutiles. C'était dans le service de M. Lenoir, que je remplaçais alors, que je l'observai. Et c'est de parti pris que je procédai lentement. Je pris les plus grandes précautions pour éviter des hémorrhagies, et je tenais pour très important, au point de vue du succès définitif, de ne point produire d'inflammation. C'est pour cela que j'employai plusieurs séances pour obtenir une dilatation qui ne fut point complète, mais je pensais que les hasards de la vie se chargeraient peut-être de la compléter. La femme avait à cette époque 20 ans et elle était fort jolie. Or, beaucoup plus tard, c'était aussi vingt ans après, étant chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, je la reconnus parmi mes malades, bien qu'elle fût fort changée ; elle était devenue passablement laide, de fort jolie qu'elle était. Désireux de savoir quelles avaient été les suites de l'intervention, j'appris qu'elle avait eu quatre enfants, qu'elle avait mené une existence assez accidentée, et je pensai que *j'avais peut-être trop bien réussi.*

Mais il s'agissait là d'une cicatrice superficielle, pour ainsi dire ; dans d'autres circonstances, les difficultés sont autrement sérieuses. Remplaçant à Lourcine un de mes collègues, j'examinai un jour une jeune fille de 18 à 20 ans, qui présentait une belle floraison de plaques muqueuses. Or, procédant à l'inspection de la vulve, *quel fut mon étonnement de constater que cette femme n'avait pas de vagin*. J'appris alors par quelle voie détournée s'effectuait le coït. Et je pensais qu'il était *moral* de faire à cette femme un vagin que la nature lui avait refusé. Je me mis à l'œuvre et, en plusieurs séances de dissection prudente portant sur les tissus situés entre la vulve et l'anus, je parvins à creuser un vagin d'une longueur normale. Malheureusement, mon remplacement finit et je ne pus savoir ce qu'il était finalement advenu de cette malade.

En résumé, je pense qu'on ne doit pas essayer de généraliser, *d'une façon systématique, un mode opératoire qui ne repose encore*

que sur quelques faits cliniques; et pour mon compte je crois que dans la cure d'une atrésie cicatricielle du vagin, je chercherais surtout à m'inspirer des circonstances et des indications particulières à chaque cas.

M. GUÉNIOT reconnait le bien fondé de la remarque de M. Guérin, qu'il ne faut pas généraliser d'une façon systématique un procédé opératoire encore rarement employé. Il a donc peut-être trop insisté sur les avantages du toucher, qui lui a été cependant d'un si grand secours dans l'opération qu'il a faite. Il se peut en effet que, dans d'autres circonstances, la vue pourra être plus utile. A propos des observations faites par M. Pajot, il pense, en effet, que toutes les fois que le succès pourra suivre la dilatation continue, c'est à elle qu'il faudra accorder la préférence. Mais semblable intervention eût fatalement échoué dans les conditions où il a dû intervenir. Pour les faits cités par M. Doléris, ils se rapportent à des lésions spéciales, diaphragmes semi-lunaires, ne portant que sur une portion du vagin et, partant, plus faciles à guérir. Enfin, il répondra à M. Ollivier qu'il n'a pas, en effet, dans le pansement antiseptique post-opératoire, recherché d'une façon spéciale la dilatation du vagin. Il comptait, pour opérer celle-ci, sur l'introduction renouvelée et faite d'une façon méthodique du spéculum. Mais s'il avait de nouveau à opérer un rétrécissement du vagin, au lieu des tiges de verre employées par les Américains, il aurait recours à des tubes en caoutchouc, en somme à des substances moins dures que le verre.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG.

Séance du 9 décembre 1885.

Présentations. — Le Dr H. CROOM, président : 1° Une **tumeur fibreuse** qu'il a enlevée à la fin de la troisième période du travail. La femme à laquelle se rapporte cette observation était venue le consulter, quelques mois auparavant, pour des ménorrhagies profuses. Tous les moyens qu'il employa alors pour tâcher de dilater le col : éponges, tentes, etc., échouèrent. Il ne put que sentir, par le toucher, une tumeur fibreuse implantée sur la paroi utérine et très vraisemblablement vers le milieu de la cavité de la matrice. La femme re-

tourna chez elle. Elle est revenue il y a une semaine et paraissait être au quatrième ou au cinquième mois d'une grossesse. Le travail se déclara et se termina par l'expulsion d'un fœtus de quatre mois. Le placenta sorti, j'introduisis la main dans la matrice et j'enlevai la tumeur à l'aide d'une pince; 2° une **tumeur ovarique**.

Dr A. Macdonald : 1° une **tumeur dermoïde** remarquable par son volume et par la *minceur* de ses parois; 2° des **ovaires** enlevés pour combattre des ménorrhagies liées à l'existence de corps fibreux. L'ovaire droit était volumineux et kystique. S'il n'avait pas été enlevé, la femme dont il s'agit aurait eu une tumeur ovarique compliquant les autres lésions.

Le Dr M. Murray montre un certain nombre de tracés destinés à faire voir les **effets de l'application de l'eau, employée à des températures différentes, sur l'utérus des lapins**. Ces effets peuvent être résumés de la façon suivante : 1° normalement, l'utérus des lapins, à l'état de vacuité, est le siège de contractions rythmiques (une contraction environ chaque deux minutes); 2° l'eau prise entre 40° et 46°, et appliquée directement sur l'utérus, provoque un état tétanique immédiat et prolongé de la matrice, cet état dure de cinq à trente minutes et plus; 3° il se produit simultanément une contraction des petits vaisseaux sanguins, d'où décoloration des tissus. Ce spasme vasculaire cède avant la contraction du muscle utérin; néanmoins, la détente ne s'opère que d'une manière graduelle et sans être suivie d'une dilatation réactionnelle consécutive; 4° l'application de l'eau prise entre 17° et 23° est suivie, après une période latente de trente à soixante-dix secondes, d'un état tétanique qui s'établit lentement et qui persiste moins longtemps que celui qui suit l'emploi de l'eau chaude; 5° les vaisseaux sanguins se contractent et les tissus se décollent, mais ces modifications transitoires sont suivies d'une congestion réactionnelle, parfois intense; 6° cet état tétanique peut être provoqué à volonté pour ainsi dire, fréquemment et immédiatement, par les applications d'eau chaude, tandis qu'on est obligé de laisser un certain intervalle entre les applications quand on emploie l'eau froide; 7° pareil état tétanique ne peut être produit sur l'utérus du lapin, avec le courant faradique, si fort qu'il soit. Les contractions provoquées par cet agent sont faibles en comparaison de celles qu'on obtient au moyen de l'eau chaude ou froide; de plus, elles cessent dès qu'on supprime le courant.

Le Dr F. Barbour ouvre une discussion sur le sujet suivant : **relations qui existent entre les micro-organismes et la fièvre puerpérale, et considérations spéciales sur les antiseptiques.**

Il s'agit d'abord de savoir si la *septicémie puerpérale a, avec la théorie des germes, les mêmes rapports que les autres formes d'infections septiques.* Cette démonstration doit être fournie : 1° par l'*enquête scientifique;* 2° par l'*emploi,* dans la pratique des antiseptiques.

A. — *Enquête scientifique.* — L'auteur, après un historique succinct des recherches et des résultats qui ont trait à la question, dit que la *découverte des micro-organismes dans les tissus après la mort* ne constitue qu'une seule des quatre conditions nécessaires, d'après Koch, pour démontrer les rapports existant entre les micro-organismes et une maladie donnée. Les propositions de Kock sont les suivantes : 1° *les micro-organismes doivent être trouvés dans cette maladie et dans cette maladie exclusivement ;* 2° *ils doivent être isolés et il faut qu'ils conservent leurs propriétés caractéristiques après avoir été soumis à une série de cultures ;* 3° *l'inoculation faite avec une culture pure doit provoquer, chez l'animal inoculé, les symptômes propres à la maladie ;* 4° *il faut qu'on retrouve les micro-organismes dans les tissus de l'animal inoculé, et ils doivent affecter, dans ces tissus, les mêmes rapports que dans la maladie primitive.*

Durant la vie des malades, on ne peut se servir, pour les cultures, que des *lochies* et du *sang.* Exceptionnellement, Lomer a pu utiliser la sérosité provenant des vésicules d'un pemphigus. Or, les cultures faites avec *le liquide des lochies* ne sauraient avoir une *signification importante,* car il est difficile de s'opposer, sûrement, à leur contamination par les germes de l'atmosphère. Quant aux cultures faites avec le sang, elles donnent presque toujours des résultats négatifs. D'après Doléris, ce dernier fait s'expliquerait par la raison que le développement des germes ne saurait s'effectuer que dans un milieu en repos ; jamais les micro-organismes ne se multiplieraient dans le sang qui circule, peut-être même y seraient-ils détruits. Si cette hypothèse est juste, dit Barbour, *toute circonstance qui favorisera la coagulation, favorisera nécessairement la multiplication des micro-organismes.*

On s'est servi, maintes fois, pour faire les cultures, de tissus et de liquides pris sur le cadavre. En général, ces cultures ont donné des micrococcus disposés en chapelets. On a pu ainsi en obtenir qui se sont conservées parfaitement pures après plusieurs générations. Mais

l'expérimentation a prouvé que la nature du milieu a une influence très grande sur l'activité du virus. Quant aux expériences d'inoculation, elles n'ont pas donné de résultat définitif. Certaines paraissent favorables à la théorie de l'origine bactéridienne de la septicémie puerpérale; d'autres, au contraire, militent contre elles. En résumé, *l'enquête scientifique n'a pas fourni la démonstration complète qu'il existe une relation de cause à effet entre les micro-organismes et la fièvre puerpérale.*

B. — *Résultats obtenus dans la pratique par l'emploi des antiseptiques. — Le fait que les substances qui détruisent le plus sûrement les micro-organismes en dehors du corps sont précisément aussi les plus efficaces contre la septicémie, constitue un des témoignages les plus importants en faveur de la théorie des germes.* De toutes les recherches expérimentales il résulte, dit Barbour, *qu'entre toutes les substances antiseptiques connues, seul, le sublimé possède l'avantage immense de tuer, par l'application pendant quelques minutes d'une solution relativement faible* (1/1000e), *tout, même les éléments les plus résistants, les spores des micro-organismes.*

Suivent quelques considérations :

1° Le développement et l'activité des organismes sont fortement influencés par la nature du milieu (Arloing). De plus, certains animaux, le cochon d'Inde, par exemple, sont réfractaires aux inoculations (expériences de Chauveau et Fraenkel).

Ces observations scientifiques prouvent que *l'état de la malade joue un rôle principal dans le développement de l'infection septique ; plus il se rapproche de l'état de santé et moins il est nécessaire de recourir aux antiseptiques.*

2° Les micro-organismes ne peuvent se développer qu'au sein d'un milieu en repos.

Si le fait est exact, il explique pourquoi les lavages de l'utérus donnent *souvent* des résultats aussi bons.

Si des micro-organismes sont déjà passés dans le sang, ils ne peuvent s'y reproduire, ils sont en partie détruits et éliminés. L'utérus est alors le seul foyer de développement et on l'annihile par les lavages ; l'infection est donc limitée. Mais, dans certains cas, les résultats ne sont pas aussi heureux et l'explication est très naturelle. Il peut arriver, en effet, que le processus favorable au développement des germes ne se localise pas dans l'utérus. Il existe des thromboses septiques des veines des ligaments larges ; les micrococcus peuvent

se développer dans les lymphatiques, dans les trompes ; ce sont là autant de nouveaux foyers de fabrication qui échappent absolument à l'action des lavages antiseptiques.

3° Les microbes qu'on a décrits pour la septicémie diffèrent de ceux de la putréfaction. Toutes les putréfactions qui s'établissent dans l'utérus après la délivrance peuvent causer l'infection septique. Mais toutes les infections septiques n'impliquent pas nécessairement un processus de putréfaction.

Discussion. — Professeur SIMPSON, Dr A. MACDONALD. (La discussion n'est pas close, nous en donnerons le résumé.) (*Edimb. med. Journ.*, février 1886.)

SOCIÉTÉ BRITANNIQUE DE GYNÉCOLOGIE.

Séance du 23 décembre 1885.

Présentations. — Dr BANTOCK : 1° un **kyste suppuré du ligament large.** Au cours de l'opération, tandis qu'on cherchait à bien se rendre compte des rapports de la tumeur avec les organes voisins, on fit, par mégarde, une ouverture à son enveloppe. Aussitôt, une certaine quantité de pus se répandit dans la cavité péritonéale. Deux fois on lava soigneusement la cavité pelvienne avec de l'eau chaude et on l'épongea avec soin. L'opérée eut une convalescence heureuse et rapide ; *aucune substance antiseptique n'avait été employée.* — 2° **Deux tumeurs fibreuses de l'utérus.** Les deux opérées ont parfaitement guéri. — 3° Un **kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.** — 4° **Les ovaires et les trompes** enlevés chez une femme mariée, âgée de 46 ans. La menstruation avait cessé, presque brusquement, neuf ans auparavant. Depuis cette époque, cette femme ressentait des douleurs très vives qui avaient résisté à tous les moyens de traitement. L'examen des organes enlevés fait constater l'état cirrhotique des ovaires. — 5° **L'ovaire du côté droit,** enlevé chez une jeune personne âgée de 20 ans, chez laquelle il enleva en même temps un kyste para-ovarique. L'ovaire était le siège d'une tumeur kystique multiloculaire dans les premiers stades de son développement.

Dr R. T. SMITH : des pièces anatomiques provenant d'une **double hydro-salpingite.** La malade guérit.

Le Dr Bantock s'occupe de la trachélorrhaphie, et pense que l'opération est pratiquée trop souvent. Cette opinion est celle de Goodell et d'Emmet lui-même, qui y a plus rarement recours qu'autrefois. Elle est sans doute d'une indication plus commune en Amérique parce que, en général, les accouchements sont, dans ce pays, conduits avec moins d'habileté. Il ne croit pas que, pratiquée en vue de réparer un col ulcéré, elle puisse, en même temps, corriger une rétroversion de la matrice, lorsque ces deux états morbides sont, par hasard, combinés. A la rigueur, il comprend qu'un utérus en subinvolution et partiellement rétrofléchi peut, sous l'influence de la trachélorrhaphie, diminuer rapidement de volume et, par ce seul fait, se redresser spontanément. Mais il n'en est pas de même quand la rétroversion est très accusée. A son avis, l'opération d'Emmet doit être faite *contre les ulcérations profondes du col.* Il faut abandonner à elles-mêmes les fissures, les ulcérations superficielles à forme étoilée. Souvent ces lésions s'accompagnent d'un certain degré de congestion et d'hyperplasie qui les font paraître plus sérieuses qu'elles ne le sont en réalité; si l'on combat ces deux états, on voit souvent la nécessité apparente de l'opération disparaître avec eux.

Le Dr Aveling traite tous les ectropions ulcérés par les injections superficielles et l'ignipuncture. Les premières guérissent l'ulcération, la deuxième s'attaque à l'hypertrophie. Opération facile, courte, et résultats heureux.

M. Fancourt Barnes. — Les déchirures du col se produisent au cours du travail normal. Si elles sont plus fréquentes en Amérique, ce n'est vraisemblablement pas parce que le travail y est conduit autrement qu'ailleurs ; il faut mettre en cause certaines influences climatériques. Il ne croit pas que le cautère actuel soit assez puissant pour assurer la guérison des déchirures cervicales profondes ; contre de telles lésions, il n'y a qu'une ressource : l'opération d'Emmet.

MM. les docteurs M. Moullin, Routh, B. Feuwich, F. Jones font quelques observations.

Le Dr Smith concède au Dr Bantock que la rétroversion n'est pas en effet, toujours guérie par l'opération ; mais, grâce à elle, l'utérus diminue tellement de volume que les moyens ordinaires deviennent bien autrement efficaces pour corriger la déviation utérine. Il admet aussi que cautères et caustiques peuvent diminuer les hyperplasies aussi bien que le volume de la matrice ; mais il reste persuadé que l'avivement des parties malades et la cicatrisation par première in-

tention sont encore préférables à l'emploi des caustiques, quels qu'ils soient, lequel est nécessairement suivi d'un travail d'escharification et d'une cicatrisation qui exige un travail de granulation. (*Brit. med.*, janvier 1886.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK.

Séance du 20 octobre 1885.

Placenta prævia, guérison de la mère, mort du fœtus. — Le Dr LEE vient de voir une femme de 31 ans, multipare, arrivée au huitième mois de sa grossesse, et qui avait une hémorrhagie profuse. Il y a trois mois, elle avait eu une petite perte, à la suite d'un coït, et Lee n'avait trouvé qu'une déchirure ancienne et une érosion du col. Le 10 octobre, le col était mou et spongieux. Pendant les jours suivants, nouvelle perte abondante ; le tampon cause quelques douleurs. Lee se décide à faire la dilatation et la version d'après la méthode de Braxton Hicks. Lee s'adjoignit le Dr J. O'Dwyger. La dilatation, la rupture des membranes, la version, faites pendant le sommeil anesthésique, ne présentèrent pas de difficulté notable, mais le fœtus ne vécut que dix heures. Le placenta, inséré centre sur centre, fut expulsé facilement par la méthode de Crédé ; et l'accouchée n'eut plus d'hémorrhagie. Elle eut deux frissons, le second jour ; l'aconit à petites doses fut administré, et elle se remit parfaitement.

L'auteur, sur 10 cas d'insertion vicieuse, n'a eu que 4 succès, en appliquant cette méthode.

Le Dr PARTRIDGE approuve le traitement ; il l'a lui-même employé.

Le Dr MUNDÉ a employé autrefois le colpeurynter ; mais il ne s'en sert plus.

Le Dr PERRY a eu, dans un an, 3 cas d'insertion vicieuse ; dans les 3 cas, il a employé le tampon et les dilatateurs de Barnes. Il croit maintenant que la main est le meilleur dilatateur : le tampon masque l'hémorrhagie, mais ne l'arrête pas.

Le Dr HANKS reconnaît que peu d'accoucheurs savent bien appliquer un tampon.

Le Dr POLK, président, rappelle la discussion qui a eu lieu, l'hiver dernier, au sujet du placenta prævia. La conduite de l'accoucheur

est dictée par le siège de l'implantation du placenta. Lorsque l'insertion est centrale, le segment inférieur de l'utérus est mou et dilatable; il n'en est pas de même dans l'insertion marginale. Le tampon a l'inconvénient de prendre du temps. Dans quelques cas, il faut dilater avec la main ou avec les sacs de Barnes. On ne peut être tranquille que lorsque la partie qui se présente, bouche l'orifice. On sera plus décidé, si l'on considère la vie de la mère comme la plus importante; il faut, sans doute, faire ce que l'on peut pour sauver l'enfant, mais l'intérêt de la mère doit être prépondérant (1).

Le Dr PERRY trouve qu'il est difficile de faire tenir en place les sacs de Barnes.

Le Dr POLK ne les laisse jamais longtemps ; il change constamment le sac contre un plus large, lorsqu'il a produit la dilatation qu'il peut donner. — C'est ce que Barnes prescrit de faire. Il n'y a aucun motif pour laisser en place un dilatateur qui ne tient plus, parce qu'il a dilaté le col autant que son volume le lui permet (A. C.).

Le Dr HANKS a réussi, dans un cas, au moyen de ses dilatateurs ovoïdes, à dilater le col en huit minutes.

Séance du 3 novembre 1885.

Kystes dermoïdes des deux ovaires, diverticulum rectal; opération, guérison, par le Dr JANVRIN. Au cours de l'opération, le rectum fut déchiré, la suture fut très difficile.

Le Dr LEE a rencontré le même accident.

Le Dr T.-A. EMMET a vu une femme, porteuse d'une tumeur pelvienne, perdre par le rectum de la matière grasse et des poils ; la tumeur disparut.

Le Dr JANVRIN présente les pièces d'un cas de **kystes ovariques, avec pyosalpinx. Laparotomie, guérison.**

Le Dr T.-A. EMMET n'a jamais vu de cas de ce genre, sauf chez des femmes dont le mari avait un rétrécissement. La malade de Janvrin avait l'hymen intact.

Le Dr HUNTER a enlevé deux pyosalpinx chez des vierges.

Le Dr LEE croit bien que la salpingite peut être une conséquence éloignée de la gonorrhée ; mais il ne voit pas d'impossibilité à ce que

(1) V. *Ann. de gyn.*, 1885, t. II, p. 60, l'opinion analogue de Murphy. (A. C.)

l'inflammation des trompes se produise indépendamment de la blennorrhée.

Le Dr Lee présente un spécimen de **grossesse extra-utérine.** La malade mourut d'hémorrhagie interne, avant que Lee, appelé en hâte, ait pu l'opérer.

Le Dr Hunter rapporte un cas de **laparotomie suivie d'œdème pulmonaire aigu, guérison.** La malade était épileptique ; elle avait un ovaire prolabé. L'opération fut faite dans la narcose éthérique.

Puis, s'engage une discussion sur les effets de l'éthérisation chez les morphiomanes.

Peut-être les fortes doses de bromure que la malade avait prises l'ont-elles rendue très susceptible à l'action de l'éther.

Le Dr Hanks a vu une femme mourir d'œdème aigu des poumons pendant le travail.

Le Dr Emmet remarque que de fortes doses de calomel ont été fort utiles dans ces cas.

Le Dr Mundé, président, rapporte un cas de **procidence aiguë de l'utérus chez une nullipare.** La réduction se fit aisément, mais le vagin présentait une large ecchymose.

Le Dr T. A. Emmet a vu pas mal de cas de ce genre, mais toutes les malades avaient des fibromes.

Le Président propose comme sujet de discussion : **la miction fréquente.**

Le Dr Emmet croit qu'elle est due souvent à l'épaississement des ligaments utéro-sacrés, suite d'une pelvi-cellulite. Ces ligaments étant raccourcis, le col de la vessie est tiraillé. Dans un cas pris pour une cystite, il fit une boutonnière dans l'urèthre et le ténesme vésical disparut. L'irritation de la vessie est due au tiraillement et non à une pression de l'utérus sur ce réservoir.

Le Dr Coe et le Dr Hunter adressent des questions au Dr Emmet.

Séance du 17 novembre 1885.

Le Dr Murray présente un enfant de 14 jours porteur d'une **amputation spontanée et un arrêt de développement du bras droit et des doigts de la main gauche, et diverses autres difformités.**

Les membres présents discutent la question des amputations intra-utérines.

Le Dr Mundé, président, est certain que ce n'est pas un cas d'amputation, mais d'arrêt de développement.

Le Dr Hunter raconte un cas où, après l'opération de Tait, un morceau de l'épiploon s'engagea dans les ouvertures d'un drain de verre. L'opérée n'éprouva pas de cet accident des conséquences graves.

Le Dr Mundé présente l'utérus d'une femme morte de septicémie après une tentative infructueuse d'ablation d'un fibrome intra-utérin.

Il présente aussi : un chorion embryonnaire en voie de dégénérescence graisseuse.

Opération secondaire pour une péritonite aiguë, à la suite d'une ovariotomie ; succès, par le Dr Hunter.

Incision extrapéritonéale d'un petit abcès pelvien ; guérison, par le Dr Polk. Discussion, par les docteurs Janvrin, Wylie, Mundé, Byrne, Skene.

Séance du 1er décembre 1885.

Clamp uréthral pour l'arrêt de la circulation pendant l'opération de la « boutonnière », par le Dr B. M. Emmet. On place l'une des branches de l'instrument dans le canal et l'autre sur la cloison uréthro-vaginale. L'application de cet instrument facilite l'action de la cocaïne, en isolant la partie sur laquelle on l'applique.

Dilatateur cervical, par le Dr Hanks. Cet instrument est constitué par deux branches de métal, qu'un coin, poussé par une vis, écarte à volonté.

Ciseaux à pointe mousse pour sectionner le péritoine, par le Dr Hunter. L'une des branches est terminée par un bouton.

Adénome malin de l'utérus ; hystérectomie supra-vaginale ; guérison, par le Dr Wylie. — La malade avait des hémorrhagies. Des fragments furent reconnus par les uns comme appartenant à une tumeur maligne, par d'autres à une tumeur bénigne. L'auteur enleva l'utérus presque entier.

Le Dr Coe a fait l'examen histologique et a reconnu un adénome. « Quoique bénigne au point de vue histologique, la tumeur a une « histoire clinique qui semble justifier l'opération radicale...; c'est un « adénome malin de la muqueuse... On ne peut appliquer à une tu- « meur le nom de cancer utérin que lorsque le muscle est affecté. »

Dans la discussion qui suit, les docteurs B. M. Emmet, Mundé, Noeggerrath, Coe, Janvrin, Hanks, Harry Sims, prennent la parole.

Hydrosalpinx pris pour une grossesse extra-utérine; laparotomie; guérison, par le Dr Wylie. — Le Dr Billings a examiné la portion enlevée de la tumeur et assure que c'est une trompe kystique.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 1er octobre 1885.

Formes diverses de paralysies qu'on trouve chez les jeunes enfants, par le Dr Wharton Sinkler.

Le Dr R. P. Harris raconte une **opération césarienne** qui a permis d'extraire deux fœtus vivants. Le bassin était réniforme, le diamètre conjugué avait 4 cent. 44, le transversal, 13 cent. 33. L'histoire de la malade, des opérations, de l'autopsie, a été faite en détail dans l'*Amer. Journ. of med. Sciences*, d'octobre 1885, p. 422.

Le Dr E. E. Montgomery raconte une **oophorectomie** faite chez une femme de 36 ans, pour des accidents nerveux. On ne peut pas encore juger du résultat.

Il rapporte aussi une **ablation de l'utérus et des deux ovaires**, faite à cause d'un fibrome.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON.

Séance du 2 octobre 1885.

- Le Dr J. Taber Johnson rapporte deux cas d'**hématocèle pelvienne**. — La première malade, âgée de 30 ans, a eu 10 enfants et plusieurs

fausses couches. Croyant avoir reconnu la fluctuation, Johnson fit une ponction aspiratrice, mais n'obtint qu'un peu de sang noir.

La seconde eut une perte en chemin de fer; elle crut qu'elle avortait, mais Johnson la délivra, sept mois après, d'un fœtus complètement développé. En juillet ou août dernier, Johnson et le Dr Kleinschmidt trouvèrent derrière l'utérus une petite ouverture dans laquelle ils introduisirent une petite curette, et firent des injections; les matières qui sortirent étaient horriblement fétides. La malade se rétablit bientôt.

Johnson exprime son opinion que la plupart des cas d'hématocèle doivent être traités par l'expectation, à moins que la fluctuation n'indique la nécessité de l'évacuation.

C'est aussi l'opinion générale des membres présents.

Le discours du président, le Dr Busey, a pour sujet l'**hygiène de la grossesse.**

L'auteur remarque que les femmes enceintes sont exposées aux congestions en conséquence de l'hyperhémie artérielle supérieure et de l'hyperhémie veineuse inférieure signalées par Barnes. L'augmentation de la quantité de l'eau, de la fibrine, la diminution de l'albumine dans le sang amènent une pléthore séreuse qui les expose à des transsudations, des coagulations et des thromboses.

La pigmentation, d'après l'auteur, est due au dépôt des produits de désassimilation dans les lacunes lymphatiques.

Les fonctions urinaires demandent une surveillance toute particulière.

L'auteur discute assez longuement l'albuminurie *physiologique*, et constate le fait que l'albuminurie gravidique n'est pas toujours accompagnée ou suivie d'accidents. Puis il remarque combien est étroite la ligne qui sépare l'état gravidique physiologique de l'état morbide; le meilleur moyen d'éviter le passage de l'un à l'autre est de maintenir dans un fonctionnement parfait les émonctoires et les organes sécréteurs : la peau, les intestins, les reins.

La femme enceinte a besoin d'une grande quantité d'air pur et doit porter des vêtements appropriés à son état.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Séance du 18 septembre 1885.

Le Dr E.-C. Dudley raconte un voyage qu'il a fait, dans lequel il a vu quelques gynécologistes anglais, écossais et allemands.

A Heidelberg, il a vu le professeur Kehrer, qui fait d'importantes recherches bactériologiques.

A Londres, il a visité le Dr Bantock, qui lui a dit qu'à l'hôpital Samaritain les opérées meurent parfois dans les vingt-quatre heures, après avoir eu une température élevée. Cette mort rapide a été attribuée à une sepsie aiguë; quoique ne pouvant pas suffisamment l'expliquer, Bantock n'accepte pas ce terme.

Les résultats de Bantock, à la suite de l'oophorectomie, sont des plus remarquables, connus dans le monde entier, et dus à l'excellence de ses procédés opératoires.

C'est une erreur de croire que le premier hôpital pour les femmes a été fondé par M. Sims en 1855. Sims lui-même a reconnu que l'*Hospital for Women*, à Londres, a été fondé, en 1842, par Protheroe Smith. P. Smith a été un des premiers à conseiller l'anesthésie obstétricale.

A Birmingham, Dudley a vu Lawson Tait, qui est, dit-il, « radical en politique comme en chirurgie ».

Chacun sait que Tait se moque des antiseptiques. A première vue, on croit qu'il opère sans soin; mais cette négligence apparente n'est que l'effet d'une dextérité surprenante.

Dans la même journée — et c'est pour lui une journée médiocre — il a fait une ovariotomie, une lombo-colotomie, une périnéorrhaphie, et a enlevé un kyste uréthro-vulvaire; en outre, il a assisté à plusieurs consultations, dont l'une avait lieu à 64 kilomètres de distance.

Dudley n'a pas vu opérer Thomas Keith, mais son fils, Skene Keith, auquel il a vu faire sa quarante-huitième ovariotomie avec 46 ou 47 guérisons p. 100. Il se sert de ciseaux à pointe émoussée, et non de sonde cannelée; et sépare les *adhérences de la tumeur* et non *la tumeur de ses adhérences*, avec une éponge, ce qui est beaucoup plus facile, et diminue le choc. Dans ce cas, il ne s'est pas servi du cautère actuel pour le pédicule, parce qu'il était mince. T. Keith détruit le pédicule

au moyen du fer rouge, puis continue à l'appliquer sur le clamp, qui devient assez chaud pour *cuire* la partie qu'il enserre ; cette méthode le met à l'abri de tout écoulement sanguin ou autre.

(Résumé d'après l'*Amer. Jour. of obst.*, 1886, p. 55 et suiv.)

A. Cordes.

REVUE DES JOURNAUX

Présentation du tronc, tentatives infructueuses d'embryotomie, éviscération. — L'intérêt principal de cette observation réside dans une pratique défectueuse qui a été suivie en ville et contre laquelle le professeur Charles, de Liège, qui a terminé l'accouchement, s'élève du reste d'une manière absolue. Dans une de ses dernières leçons (1), le professeur Pajot mettait aussi en garde contre une pareille faute. — Voici le fait. Il s'agissait d'une primipare qu'il fallut accoucher artificiellement, parce que l'enfant se présentait en travers. Il y avait, en outre, procidence d'un bras. Quelles furent les manœuvres faites en ville ? L'observation ne le dit pas. Seulement, le médecin, ayant sans doute pensé que l'intervention serait plus aisée si le bras n'obstruait pas le vagin, *coupa ce bras, et c'est en cela qu'il fit une faute*, sérieuse, puisqu'elle créa de nouvelles difficultés à la terminaison de l'accouchement. Desespérant, en effet, de mener les choses à bien, il envoya sa cliente à la Maternité. Le premier soin de M. le professeur Charles fut de faire donner à la parturiente une injection vaginale antiseptique, précaution très importante, pensons-nous, chaque fois qu'on est appelé après d'autres médecins qui ont déjà tenté plusieurs manœuvres, sans s'être entourés d'aucune précaution antiseptique. Cela fait, le professeur, après un examen minutieux, tenta l'embryotomie, pour laquelle il se servit des ciseaux de Dubois. — C'est alors, que l'absence du bras, malencontreusement coupé, se fit sentir. Il eût, en effet, permis d'opérer des tractions et d'amener ainsi les tissus à sectionner, à portée convenable des doigts et des ciseaux. Il fallut renoncer à ce procédé. Vainement, on essaya aussi le crochet mousse

---

(1) Cette leçon sera publiée dans un des prochains numéros de ce journal. — (R. L.)

le forceps, le crochet mousse de M. Wasseigne, etc., etc. En fin de compte, on dut recourir à l'éviscération, opération répugnante, mais qui néanmoins réussit. L'éviscération terminée, M. Charles pensa qu'il n'y avait aucun inconvénient à abandonner à la nature la terminaison de l'accouchement; persuadé, que sous l'influence des contractions, la présentation transversale se transformerait en présentation d'une des extrémités.

L'événement justifia cette manière de voir. Deux heures et demie après, environ, on constatait une présentation du siège. On put alors placer aisément un crochet sur l'aine antérieure; quelques tractions amenèrent le siège à la vulve; le tronc et la tête furent ensuite extraits sans difficulté. Après un accouchement aussi mouvementé, il était naturel de s'attendre à des suites de *couches compliquées*. Elles le furent en effet; néanmoins, l'accouchée se rétablit assez vite; grâce surtout, d'après le professeur Charles, aux soins antiseptiques (injections intra-utérines avec une solution de sublimé) dont elle ne cessa d'être entourée. (*Journ. d'accouchements et Revue de méd. et chir. pratiques*, 15 novembre 1885.)

Présentation du front. — Le fait a été observé chez une femme de trente ans, secondipare. Aucun renseignement particulier sur son premier accouchement. Pour le second, le travail durait depuis trente-six heures environ, lorsque la poche des eaux se rompit. Le liquide amniotique ayant entraîné le cordon, la sage-femme fit venir un médecin. Celui-ci, tenta successivement, la version et l'extraction au moyen du petit forceps. Les deux tentatives échouèrent. M. de Saint-Moulin fut alors appelé. A son arrivée, il trouva la parturiente dans un état si lamentable, qu'il songea à la possibilité de l'existence d'une rupture utérine. Cette circonstance imposait une intervention immédiate. Procédant à l'examen de la femme, il constata nettement *une présentation franche du front*. La tête avait donc pris une forme quasi-triangulaire et le diamètre occipo-mentonnier, parallèle au plan du détroit supérieur, ne pouvait s'engager dans l'excavation. A tous les points de vue, il fallait intervenir. M. de Saint-Moulin, appliqua le grand forceps, et combina ses tractions avec un mouvement de rotation destiné à ramener le menton en avant. La manœuvre fut laborieuse, mais réussit.

Néanmoins l'accouchée ne sortit pas du collapsus où elle était lors de l'arrivée de M. de Saint-Moulin, lequel fait suivre la relation de ce cas des considérations suivantes : « Cette observation prouve que la présentation du front, généralement considérée comme une variété du sommet ou de la face, selon le plus ou moins de flexion ou d'extension de la tête, peut cependant, dans certains cas très rares, il est vrai, devenir une présentation spéciale. Nous disons *très rares*, parce que, et c'est pourquoi elle n'a généralement été considérée que comme une variété, dans la grande majorité des cas, la présentation du front se transforme avant que la tête ne soit enclavée au détroit supérieur, soit en une présentation de la face soit en une présentation du sommet.

Aussi la présentation franche du front est-elle beaucoup plus rare que celle de la face.

Mais s'il arrive, comme chez la femme dont nous venons de parler, que la transformation ne s'opère pas, la présentation du front, persistant, entraîne souvent des complications sérieuses. Elle peut se terminer spontanément, il est vrai, si le bassin est bien normal et si la tête du fœtus n'est pas trop volumineuse. Mais l'accouchement peut aussi être très difficile, compromettre la mère et bien plus encore le produit. Il peut entraîner l'intervention de l'art, soit pour changer la présentation du front en une présentation de la face par l'abaissement du menton, soit pour pratiquer la version si toutes les conditions sont favorables, soit pour appliquer le forceps en ramenant la face en avant, soit enfin, pour recourir à la craniotomie, selon les circonstances et les indications. » (*Jour. d'accouchements et Revue de méd. et chirurgie pratiques*, I, 30 décembre 1885.)

Enfant né en état de mort apparente et rappelé à la vie, quarante-cinq minutes après sa naissance, par la respiration artificielle, par le Dr J. Rendu. — Le titre même de l'observation résume l'enseignement qu'elle renferme pour les praticiens. C'est un fait qui vient, à nouveau, sanctionner le conseil donné par la plupart des accoucheurs : *lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant qui vient de naître en état de mort apparente, si l'on n'a pas la démonstration bien nette qu'il a succombé depuis un temps assez long, il faut s'armer de patience et ne pas regretter d'employer beaucoup de son temps pour tâcher de rappeler ce petit être à la vie.* L'histoire elle-

même de l'accouchement n'offre rien de bien particulier. Il s'agissait d'une primipare très nerveuse, et de pauvre constitution. Le travail durait depuis quatorze heures, la tête était assez élevée, les contractions s'affaiblirent, s'espacèrent, et il devint bientôt évident qu'il ne fallait plus compter sur une terminaison naturelle. On avait examiné fréquemment l'état du cœur du fœtus ; les battements s'étaient d'abord ralentis, puis, presque brusquement, on ne les entendit plus. On fit alors une application du forceps, qui fut aisée, ce qui s'explique, *le bassin étant normal et le fœtus ne pesant que* 2000 *grammes*. L'enfant était en état de mort apparente, *pas la moindre respiration, aucun battement cardiaque*. Plusieurs moyens furent mis en œuvre pour tâcher de le ranimer : insufflation bouche à bouche ; frictions alcoolisées sur tout le corps ; eau chaude qu'on fait tomber goutte à goutte sur la poitrine ; irritation de la muqueuse des fosses nasales avec les barbes d'une plume, etc., etc. ; tous ces efforts n'amenèrent aucun résultat. « *Si nous écoutions la garde et même la sœur de l'accouchée*, écrit le Dr Rendu, *nous suspendrions là toute tentative nouvelle.* » Au lieu de désespérer, il a recours à l'insufflation laryngée pratiquée à l'aide du tube de Depaul ; et il la poursuit avec ténacité, pendant quarante-cinq minutes. A ce moment, juste comme il était sur le point d'abandonner la partie, une inspiration spontanée, assez forte, se produit, sous forme de hoquet, et elle est immédiatement suivie d'une expiration. Peu à peu la respiration s'établit, et le cœur recommence à battre. L'enfant est sauvé.

Pourquoi le Dr Rendu s'est-il obstiné à vouloir ranimer cet enfant alors que les chances de mort étaient si grandes ? Parce que durant le travail, on avait soigneusement examiné l'état du cœur du fœtus et qu'on était intervenu, pour ainsi dire, *dès que les battements cardiaques avaient cessé*. C'est là la circonstance qui l'a poussé à persister dans ses tentatives ; de même qu'il est logique de s'attarder davantage, quels que soient les signes apparents, auprès d'un homme qui est tombé sous nos yeux à la rivière, qu'auprès d'un noyé qui peut être resté dans l'eau fort longtemps.

Conclusions. Elles résument en somme les conseils donnés par les accoucheurs ; mais, en raison de leur importance, il y a sans doute utilité à les répéter :

Quand une femme est en travail, il importe de se rendre compte de l'état du fœtus, en écoutant de temps en temps les battements cardiaques. En présence d'un enfant nouveau-né, on ne doit pas se dé-

courager si les moyens employés pour le ranimer ne donnent pas tout de suite quelque résultat. Il faut persévérer vingt, trente, quarante minutes et plus. De tous les moyens, la respiration artificielle, faite avec l'insufflateur laryngé, est le plus efficace (1). (*Lyon méd.*, 20 décembre 1885.)

Ablation de tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. Rendu a enlevé *deux tumeurs fibreuses pédiculées de l'utérus*. L'une avait le volume d'une poire, opération aisée; l'autre était grosse comme la tête d'un fœtus à terme, elle était sphacélée sur plusieurs points et était devenue le point de départ d'accidents septicémiques sérieux; fièvre continuelle, température rectale moyenne, 40°; inappétence, intolérance de l'estomac et albuminurie (2 grammes environ d'albumine par litre). Il s'est servi pour l'opération du serre-nœud de Cintrat. La tumeur excisée, il en détacha un morceau dans le but de prévenir les dangers d'une déchirure du périnée au moment de l'extraction. Malgré cette précaution, en dépit aussi de deux incisions qui furent faites suivant une pratique fréquente en obstétrique, de chaque côté de la ligne médiane du périnée, la fourchette fut un peu déchirée; accident sans conséquences, du reste. (*Lyon méd.*, 17 janvier 1886.)

---

(1) Cette observation a été le point de départ d'une discussion intéressante à la Société des sciences médicales de Lyon, dans la séance du mois de novembre. Le débat, en effet, s'est élargi, et l'on a cité plusieurs faits qui prouvent que ce n'est pas seulement les enfants en état de mort apparente qu'il faut tâcher, *avec obstination*, de rappeler à la vie, mais qu'il convient de montrer le même zèle auprès des sujets en état de mort apparente, à la suite de l'administration de l'éther et du chloroforme. Une femme a pu être ainsi ranimée après une heure d'efforts persévérants. Enfin, M. D. Mollière a rappelé le cas intéressant rapporté par le professeur Pajot. « Appelé pour un cas de dystocie très grave, il demande où est l'enfant; on lui dit qu'il est mort, et il le trouve enveloppé dans un linge, froid et ne donnant aucun signe de vie. Malgré cette apparence, il s'acharne à le ranimer et y parvient. L'heureux enfant est aujourd'hui auditeur au Conseil d'état.» (*Lyon médical*, 27 décembre 1885). (R. L.)

VARIÉTÉS

— **Cours élémentaire de gynécologie.** — M. le Dr Pozzi, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, a commencé son cours le lundi 1er février, à 9 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. — A 10 heures, visite des malades de la salle de gynécologie (hôpital Pascal, annexe. Salle A).

Ce cours durera jusqu'à Pâques et passera en revue les éléments de la gynécologie tout entière.

NOTA. — Tous les docteurs et étudiants en médecine peuvent assister à ce cours.

Cours d'accouchement. — MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours d'accouchement complet en 43 leçons le lundi 15 février, à 4 h. 1/2 du soir, 5 rue du Pont-de-Lodi. Le cours a lieu tous les jours à 4 h. 1/2.

MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres et opérations obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser : soit à M. le Dr Bar, 4, rue Saint-Florentin ; soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundis, mercredis et vendredis, à 1 h. 1/2.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Local use of antiseptics in Gynœkology. G. Wylie.
Disease of the Fallopian Tubes. Id.
Operations for Salpingitis. Id.
Anteflexion of the uterus. Id.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Mort de M. le Professeur COURTY

Nos lecteurs auront déjà appris la mort du Professeur COURTY. Malheureusement, le manque de temps ne nous a pas permis de leur faire connaître, aujourd'hui, la vie laborieuse et l'œuvre scientifique de l'homme remarquable qui vient de mourir. C'est là, cependant, le plus faible hommage que nous devions à sa mémoire. Ce devoir sera rempli.

A l'heure actuelle, nous ne voulons qu'exprimer le profond regret que nous cause la perte du professeur éminent, qui fut un des fondateurs de ce journal.

Dans le prochain numéro, M. Leblond résumera l'œuvre de M. le Professeur COURTY.

LA DIRECTION et LA RÉDACTION.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE DITE SPONTANÉE DES MEMBRANES DE L'ŒUF HUMAIN.

Par le Dr A. Pinard, professeur agrégé, accoucheur de Lariboisière.

Si la rupture des membranes de l'œuf humain s'effectue le plus souvent pendant le travail, sous l'influence des contractions utérines, alors que la dilatation est complète, et que suivant la juste expression du professeur Tarnier, « la pression intra-amniotique est suffisante pour triompher de leur résistance », il arrive aussi que la rupture se produit dès le début du travail, ou même plus ou moins longtemps avant l'apparition de toute contraction utérine douloureuse.

De là, les dénominations de *rupture tempestive*, de *rupture précoce*, de *rupture prématurée*, suivant que la déchirure des membranes se produit au temps d'élection, c'est-à-dire à la dilatation complète, ou au début du travail, ou pendant la grossesse.

Les causes de la rupture tempestive, la force nécessaire pour l'effectuer, le mécanisme suivant lequel elle se produit, les aspects divers que présente la solution de continuité, sont aujourd'hui bien connus ; les quelques lacunes qui existaient à ce sujet ont été comblées, grâce aux belles recherches expé-

rimentales de mon collègue et ami le D[r] Ribemont Dessaigne (1).

Mais il n'en est pas ainsi de la rupture prématurée, ainsi qu'on pourra s'en convaincre d'après le rapide exposé qui suit.

Le fait est connu assurément depuis longtemps, car Hippocrate en parle, ainsi que de ses conséquences, mais pendant longtemps aussi, on se contenta de penser et de dire que les membranes se rompaient prématurément, *parce qu'elles étaient trop faibles.*

Et aujourd'hui, malgré les leçons cliniques de Dubois (2), de Depaul (3), de Guéniot (4), malgré les travaux de Marcar Kiatib (5), de Hugenberger (6), de Garipuy (7), de Roulin (8), la lumière n'est pas faite sur ce point. Car tandis que les uns se rallient à la théorie hippocratique et accusent la minceur et la fragilité des membranes, les autres reconnaissent comme cause occasionnelle ou prédisposante de la rupture prématurée des membranes ; l'hydropisie de l'amnios, les grossesses gémellaires, les rétrécissements du bassin, les mauvaises présentations, l'insertion vélamenteuse du cordon, les efforts (vomissements, quintes de toux, coït, etc.), la multiparité, l'hérédité, la chaleur du lit, la mauvaise alimentation, le chagrin, etc., etc.

Si quelques-unes de ces causes sont vraies, elles ne sont applicables qu'à un nombre restreint de faits, car l'on observe bien souvent la rupture prématurée des membranes alors qu'il n'y a ni hydropisie de l'amnios, ni grossesse gémellaire, ni rétrécissement du bassin, ni mauvaise présentation, ni insertion vélamenteuse du cordon. Aussi comme dans les cas où aucune de ces causes ne peut être incriminée, il n'a pas

---

(1) *Arch. de tocol.*, nov. 1879. p.

(2) Dubois. *Courrier médical*, 1856.

(3) Depaul. *Clinique obstétricale*, p. 539, et *Gazette obstétricale*, 1874.

(4) Guéniot. *Gazette des hôpitaux*, 1872.

(5) Marcar Kiatib. Thèse de Paris, 1864.

(6) Nugenberger. *Saint-Petersburg medicin, Gertschrift,* 1872.

(7) Garipuy. Thèse de Paris, 1873.

(8) Roulin. Thèse de Paris, 1878.

encore été possible de démontrer avec évidence la *minceur* et la *fragilité des membranes*, j'ai pensé que de nouvelles recherches sur la cause de la rupture prématurée des membranes pouvaient être de quelque utilité et, depuis 1881, j'ai spécialement étudié ce sujet.

Ce sont les résultats de ces recherches que je vais exposer brièvement avec leurs conséquences.

Déjà l'un de mes externes, le Dr Lacaille, a consigné dans sa thèse inaugurale quelques-unes de mes observations et de mes idées. (*De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus.* 1883, *Paris.*)

Je crois devoir donner ici les conclusions du Dr Lacaille. L'on verra en quoi mes recherches postérieures doivent les faire modifier.

« 1° Quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, la femme perd de l'eau ou du sang et la rupture des membranes ainsi que l'accouchement se font prématurément.

« 2° Lorsque le placenta est inséré au-dessus de douze centimètres à peuprès de l'orifice utérin, c'est-à-dire au moins dans le segment moyen de l'utérus, la grossese est dans les conditions voulues pour aller à terme, et la rupture des membranes ne doit se faire qu'à la dilatation complète (sauf, bien entendu, les cas où d'autres causes *étrangères* viendraient y mettre obstacle).

« 3° Le placenta est-il inséré au-dessous de douze centimètres, c'est-à-dire empiéte-t-il sur le segment inférieur, la grossesse pour ce seul fait sera entravée dans son évolution à dater du septième mois, et la rupture des membranes précédera toujours la dilatation complète et souvent même tout travail.

« 4° Le lieu d'insertion du placenta le plus favorable au développement et à la nutrition du fœtus est le fond ou tout au moins le tiers supérieur de l'utérus. »

Le point de départ de nos recherches a été l'observation suivante :

Mme P..., 24 ans. Premier accouchement à terme. Il fallut rompre les membranes à la dilatation complète.

Enceinte pour la deuxième fois. Dernières règles le 3 septembre 1880. Grossesse normale. Le 23 mai, dans la nuit, au milieu du plus profond sommeil, rupture des membranes et issue d'une certaine quantité de liquide amniotique. Présentation du sommet. Tête engagée. Le liquide continua à s'écouler jusqu'au 28 mai. A 5 heures du soir, premières contractions douloureuses; à 7 heures, accouchement d'une fille vivante du poids de 2 kil. 800. Lors de la délivrance je reconnus que la poche s'était rompue tout à fait au bord du placenta. *Il n'y avait pas 1 centimètre de membranes à ce niveau.*

Deux faits semblables observés en un laps de temps assez rapproché me firent penser que peut-être il existait un rapport entre l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et la rupture prématurée des membranes. Je cherchai alors à faire, aussitôt après la délivrance, dans tous les cas où cela était possible, un diagnostic rétrospectif au point de vue de l'insertion du placenta.

Je dis dans tous les cas où cela était possible, car lorsque les membranes sont déchirées, le diagnostic devient difficile, ou le plus souvent même, impossible.

Mais lorsque la délivrance est normale, les membranes présentent habituellement une ouverture assez régulière à travers laquelle le fœtus est sorti et qui correspond *à peu près* au pôle inférieur.

Si donc on mesure les distances qui séparent les bords de cette ouverture des bords correspondants du placenta, l'on aura assez *approximativement* les distances qui séparaient le placenta des bords de l'orifice utérin.

Si l'on suppose un arrière-faix présentant, entre les bords de l'ouverture des membranes et les bords correspondants du placenta, une distance de 5 centimètres d'un côté et de 25 de l'autre, on pourra en conclure que vraisemblablement le placenta était inséré à 5 centimètres de l'orifice utérin. Si, au contraire, nous trouvons de tous les points du pourtour de l'orifice membraneux des distances se rapprochant sensiblement de 20 centimètres, l'on pourra en conclure que le pla-

[illegible]	2 j	[illegible]	[illegible]		Ɛ		Riego, variété sucrée	V	3200	
63	2 j	7—25		2		6	OIDP	V	1400	
64	2 j	0—23		2		6 ½	OIGP	V	1300	
65	1 j ½	4—30		2		8 ½	OIDP	M	2500	
66	1 j	10—20		3		8	SIGA	M	2400	
67	1 j	12—30	P		Ɛ		SIGA	V	4030	
68	1 j	6—25		6		8	OIGA	V	3350	
69	1 j	7—15		2		5 ½	Sommet	M	800	
70	1 j	10—30	P		Ɛ		OIDP	V	3500	
71	1 j	13—41	P			8	OIGA	V	2950	
72	1 j	10—20		2		8 ½	Sommet	V	2800	
73	1 j	15—25		2		8	OIGA	V	?	
74	1 j	20—25		2	Ɛ		SIGA	V	4200	
75	1 j	15—20		7	Ɛ		SIGA	V	3100	

centa était ainsi à égale distance de tous côtés de l'orifice utérin, c'est-à-dire au fond de la cavité utérine.

Je sais bien que cette manière de procéder offre prise à la critique, et que l'on peut m'objecter avec raison que les membranes ne se rompent pas toujours de la même façon, que la déchirure peut s'étendre à droite, à gauche, en avant, en arrière, que les membranes ne se rompent pas au même niveau, que l'amnios peut glisser sur les chorions et présenter une ouverture ne correspondant pas à celle du chorion et de la caduque. Mais j'avouerai que je n'ai pas trouvé d'autre moyen pouvant me conduire à la connaissance de l'insertion du placenta. Lorsque les membranes étaient déchirées, je laissais de côté le cas. J'agissais de même lorsque l'amnios était décollé et était retroussé sur la face fœtale du placenta et *a fortiori* jusque sur le cordon.

Enfin, j'ai pensé qu'en employant ce procédé, même imparfait, dans tous le cas, je pourrais obtenir des résultats comparables.

J'ai ainsi observé et mesuré 1,394 placentas.

Sur ces 1,394 accouchements, 147 fois la rupture des membranes fut constatée avant l'apparition des douleurs.

Ce nombre de 147 ruptures prématurées sur 1,394 accouchements pourra paraître exagéré. Effectivement, il ne peut donner une idée de la fréquence absolue de la rupture prématurée et voici pourquoi. Toutes les femmes qui viennent pour accoucher dans mon service sont examinées; celles qui présentent des conditions normales sont envoyées chez les sages-femmes, tandis que celles qui présentent une anomalie quelconque sont retenues dans le service, où elles accouchent. Or, toutes celles chez lesquelles un écoulement prématuré de liquide amniotique était constaté, restaient dans le service.

J'ai résumé dans le tableau ci-contre les éléments les plus importants de chaque observation.

Si nous analysons maintenant chaque colonne de ces bleaux, nous arrivons aux particularités suivantes :

Les mensurations des membranes nous donnent sur 147 c 105 *fois* le bord des membranes s'étendant de l'ouverture placenta, mesurant *de* 0 *à* 10 *centimètres*.

Au point de vue de la primiparité et de la multiparité, l 147 cas se divisent ainsi :

Primipares........	54	147
Multipares........	93	

Sur les 147 cas, il y eut :

72 accouchements prématurés.
75 — à terme.

Au point de vue de la présentation, les 147 cas se décomposent ainsi :

Présentation du sommet.	127	Présentation de la *face*..	1
— du siège...	18	— de l'épaule.	1

Les dix-huit présentations du siège donnent les mensurations suivantes :

S. I. G. A......	15 — 32	S. I. D. A......	12 — 30
Variété sacrée.	8 — 15	S. I. D. A......	12 — 30
S. I. G. A......	10 — 20	S. I. D. A......	0 — 35
S. I. G. A......	12 — 30	S. I. G. A......	15 — 20
S. I. G. A......	20 — 25	S. I. D. P......	12 — 37
S. I. G. A......	15 — 20	S. I. G. A......	7 — 25
S. I. G. A......	4 — 30	S. I. G. A......	2 — 30
S. I. G. A......	2 — 23	S. I. G. A......	5 — 25
Siège.........	8 — 30	S. I. D. P......	5 — 35

Sur ces dix-huit cas, il y en a neuf dans lesquels les membranes mesurent, de l'ouverture au bord du placenta, de 0 à 10 centimètres.

Si sur les 1,394 observations que je possède, je cherche les cas dans lesquels les membranes mesurent, du bord de l'ouverture au placenta, de 0 à 10 centimètres sans qu'il y ait eu de rupture prématurée, je trouve 245 cas.

Ainsi, dans 245 cas, la rupture s'est faite à 10 centimètres ou au-dessous du placenta, et il y eut *rupture tempestive*. Mais sur ces 245 cas, l'accouchement eut lieu prématurément 95 fois, comme le témoigne le tableau ci-contre.

17	10–29	P			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
18	7–36		2		8½	OIGA	V	2950
44	5–39	P		Z		OIDP	V	2900
45	10–20	P			8½	OIGE	V	2850
46	0–42	P			8	OIGA	V	2300
47	10–34	P		Z		OIGE	V	3500
48	8–35		3	Z		OIGA	V	3930
49	0–41		5	Z		OIGA	V	3160
50	10–33		4	Z		OIDP	V	3150
51	6–32		2		8½	OIGA	V	2700
52	10–35		2		8½	Tommer	V	2950
53	6–39		2	Z		OIDP	V	3500
54	6–37		4	Z		OIDP	V	3650

De plus, nous remarquons que, sur ces 245 cas, il y a :

79 primipares,
166 multipares.

Que conclure de ces tableaux?

La première des conclusions qu'on doive en tirer, celle qui se dégage de la façon la plus évidente, est la suivante : *le placenta s'insère très souvent sur le segment moyen et sur le segment inférieur de l'utérus.* Je ne peux donner, même écourtées, mes 1,349 observations, mais je puis affirmer que le placenta est plus souvent inséré sur le segment moyen et le segment inférieur de l'utérus que sur le segment supérieur.

De plus, il est impossible de ne pas admettre l'importance du rôle que joue la multiparité au point de vue de son influence sur le lieu d'insertion du placenta. En effet, en réunissant les deux tableaux nous trouvons :

Dans le premier....	147 cas.
— second.....	245 —
Total........	392 cas dans lesquels

la rupture s'est produite de 0 à 10 centimètres du placenta.

Or, sur ces 392 cas, il y a :

$$\text{Primipares...}\quad 54 + 79 = 133$$
$$\text{Multipares...}\quad 93 + 166 = 259$$
$$\text{Total}\ldots\ldots\ldots\ldots\quad 392$$

Je ferai remarquer de suite un fait sur lequel je reviendrai, c'est que les ruptures prématurées sont plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares, le placenta étant inséré au même niveau.

Maintenant suis-je autorisé à formuler ainsi une deuxième conclusion : *la rupture prématurée des membranes est causée, le plus souvent, par l'insertion du placenta sur le segment inférieur?*

Etant données les observations contenues dans les tableaux ci-dessus, je crois être absolument dans le vrai en formulant ainsi ma deuxième conclusion.

Si le Dr Lacaille avait continué à observer les faits, je ne doute pas qu'il eût ainsi modifié ses conclusions, dans ce qu'elles ont d'excessif.

Une troisième conclusion me paraît non moins évidente que les deux premières, c'est la suivante : *l'accouchement prématuré est très souvent provoqué par la présence du placenta sur le segment inférieur, soit qu'il y ait hémorrhagie, soit qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents.*

En effet, en additionnant les cas où il y a eu rupture prématurée et les cas où il y eut rupture tempestive, mais où le placenta était à 10 centimètres et au-dessous, on trouve :

147 cas..	72	accouchements prématurés.
	75	à terme.
245 cas..	95	accouchements prématurés.
	150	à terme.

D'où, sur 392 accouchements :

Prématurés....	167
A terme............	225

Ces recherches démontrent suffisamment l'influence minime de l'hydropisie de l'amnios, de la grossesse gémellaire et des rétrécissements du bassin comme cause de la rupture prématurée des membranes.

Quant aux mauvaises présentations, seules les présentations du siège sont assez nombreuses. Mais je ferai remarquer que sur les 18 cas que j'ai observés, 9 fois le placenta était sur le segment inférieur de l'utérus.

Il me reste à rechercher maintenant : 1° pourquoi il y a souvent rupture prématurée des membranes lorsque le placenta est sur le segment inférieur de l'utérus; 2° pourquoi cette rupture ne se produit pas toujours ; 3° quelle influence

la rupture prématurée peut avoir sur la production ou la cessation de l'hémorrhagie, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus.

(*A suivre.*)

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

ET EN PARTICULIER DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC DOUBLE SUTURE DE L'UTÉRUS PAR LA MÉTHODE DE SÆNGER.

Par J. Potocki, interne des hôpitaux.

S'il est une opération que chacun redoute d'entreprendre, dont la gravité est universellement reconnue, dont la nécessité ne s'impose que trop souvent, c'est assurément l'opération césarienne. Tout ce qui se rattache à cette question est d'un intérêt majeur, rien ne peut être indifférent quand il s'agit d'une opération dans laquelle deux existences sont en jeu. Il est nécessaire que les médecins soient au courant de ses progrès ; à un moment quelconque, ils peuvent être appelés à la pratiquer, et il est tout naturel qu'ils emploient le procédé dont l'expérience a démontré la supériorité.

On connaît en France les différentes méthodes d'opération césarienne ; certaines y sont nées, toutes y ont été appliquées sur le vivant. La modification la plus récente, celle de Porro, a donné entre les mains du professeur Tarnier, en 1879, le premier succès, à la suite de la section césarienne, qu'on ait enregistré à Paris depuis 1787.

Mais il est une nouvelle modification qui a vu le jour en Allemagne il y a quatre ans à peine. Due au D[r] M. Sänger, alors privatdocent à Leipzig, elle a été appliquée pour la première fois, le 25 mai 1882, par son collègue le D[r] G. Léopold. Le succès fut complet pour la mère et pour l'enfant. Basée sur des vues théoriques très justes, fondée sur l'examen rai-

sonné des différents procédés d'opération césarienne antérieurs, mettant à profit les perfectionnements récents les plus heureux de la chirurgie abdominale, la méthode de Sänger a aujourd'hui, on peut le dire, fait ses preuves.

On la connaît cependant peu chez nous. C'est qu'à l'exception de deux opérations pratiquées aux États-Unis, toutes les opérations césariennes d'après la méthode de Sänger ont été faites en Allemagne et en Autriche. Dans nos journaux d'obstétrique, c'est seulement à la bibliographie qu'on peut trouver l'indication des mémoires parus sur la question ; les titres des travaux sont suivis de quelques lignes explicatives assez souvent inexactes. Seul, M. Porak a publié une revue sur les nouveaux modes de sutures de l'utérus (1). En outre, l'an dernier, a été soutenue une thèse inaugurale (2) dans laquelle l'auteur établit spécialement un parallèle entre l'opération césarienne avec suture de l'utérus et l'opération de Porro. Et voilà tout.

Dans un récent voyage que nous avons fait en Allemagne, nous avons eu l'honneur de faire connaissance avec des accoucheurs qui nous vantaient le nouveau procédé de leur compatriote. A notre passage à Leipzig, le Dr Sänger a bien voulu nous montrer une femme chez qui, trois jours auparavant, il avait pratiqué l'opération césarienne d'après sa méthode. Nous avons été véritablement surpris de trouver cette femme dans l'état le plus satisfaisant : on eût dit des suites de couches physiologiques. C'est alors que nous eûmes l'idée de faire mieux connaître en France le procédé de Sänger. A notre retour à Paris, nous avons parlé de notre intention à nos maîtres ; ils l'ont approuvée ; nous nous sommes mis à l'œuvre.

Nous nous contentons de publier les documents, de citer les faits ; nous n'avons naturellement aucune expérience personnelle. C'est aux maîtres autorisés qu'il appartiendra de trans-

---

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1884, n° 25, 26 et 29.

(2) Boudon. *Etude critique sur l'opération césarienne*... Th. de Paris, 1885.

porter dans le domaine opératoire la méthode nouvelle d'opération césarienne.

Définition. — Inciser la paroi abdominale pour extraire, par cette voie, un fœtus développé dans la cavité utérine, c'est faire une opération césarienne.

Or, deux méthodes permettent d'arriver au but :

Dans l'une, on incise l'utérus en intéressant le péritoine; dans l'autre, après avoir décollé le péritoine, on sectionne le vagin. La première est l'opération césarienne proprement dite, ou hystérotomie ; la seconde est la gastro-élytrotomie.

Regardant avec notre maître, M. Pinard, la gastro-élytrotomie comme une opération césarienne, nous avons été forcé de modifier en un point la définition de cette dernière : nous avons omis d'y mentionner la section de l'utérus. Dans le traité de Cazeaux, on lit, en effet : « L'opération césarienne, ou hystérotomie, est une opération qui consiste dans une incision pratiquée aux parois abdominales et à celles de l'utérus pour extraire le fœtus (1). » Remarquons, en passant, que, d'après cela, le mot d'hystérotomie n'est plus synonyme d'opération césarienne.

La même définition est reproduite partout.

M. Charpentier, dans son *Traité pratique des accouchements* (Paris, 1883), complète la définition classique précédente : « Sous le nom d'opération césarienne, on désigne une opération qui consiste à ouvrir le ventre et la matrice de la femme enceinte pour faire, par cette voie artificielle, l'extraction du fœtus, impossible par les voies naturelles. » Nous reproduisons cette dernière définition pour faire remarquer les termes *impossible par les voies naturelles*. C'est en effet dans ces conditions d'impossibilité seulement qu'on pratique la césarienne en France ; mais en Allemagne on y a même recours dans les cas où la craniotomie suffit à délivrer la femme : on dit

(1) Cazeaux, 9e édition. Paris, 1874.

alors qu'il y a indication relative. Il nous a semblé utile d'attirer l'attention sur ce point, car on verra qu'une partie des hystérotomies, que nous analyserons plus loin, ont été faites précisément pour des cas d'indication relative.

Ne sont plus considérées aujourd'hui comme opérations césariennes, les laparotomies faites dans le but d'extraire les fœtus développés en dehors de l'utérus, comme dans les grossesses abdominales, tubaires et ovariennes.

Mais il y a opération césarienne si le fœtus, après rupture de la matrice, est passé en tout ou en partie dans la cavité péritonéale ; dans ces cas, il y a plaie utérine, et c'est incontestablement la plaie de l'utérus puerpéral, qui fait la gravité de la section césarienne classique et lui imprime son cachet particulier.

Que le fœtus soit vivant ou mort, on peut être obligé de faire l'opération césarienne. On y est également exposé quel que soit l'état de la femme, qu'elle soit vivante, à l'agonie ou morte. Si l'on est bien certain de la mort de la femme, on peut faire la section sans grandes précautions. Mais s'il pratique l'opération sur une femme qu'il n'a pas suivie pendant sa maladie, qu'il ne connaît pas, le médecin doit suivre les règles opératoires de la césarienne *in vivâ*. La littérature contient l'histoire d'une multitude de césariennes faites sur des femmes considérées comme mortes et qui sont « revenues à la vie » pendant l'opération ou plus ou moins longtemps après elle (1).

Il est entendu que si la femme est à l'agonie, le manuel opératoire sera le même que sur la femme vivante. Nous proposant dans ce travail d'étudier essentiellement les questions de technique opératoire, nous nous abstiendrons à l'avenir de spécifier l'état de la femme.

Si nous jetons les yeux sur les diverses observations d'opé-

---

(1) Thévenot. *De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne post mortem.* (*Ann. de gyn.*, oct., nov., déc. 1878.)

ration césarienne publiées dans ces dernières années, nous voyons que la plupart des modes opératoires conseillés depuis des siècles sont encore employés. Ils ont donc les uns et les autres leurs avantages, les uns et les autres leurs défauts, sans quoi l'un d'entre eux serait appliqué à l'exclusion des autres. Il est possible que chaque méthode ait ses indications particulières, qu'il y a encore à établir d'une manière définitive. Rejeter l'une ou l'autre sans plus d'examen serait, à l'heure actuelle, d'un radicalisme exagéré. On pouvait croire, lorsque l'opération de Porro vit le jour, qu'elle était destinée à remplacer à tout jamais l'opération césarienne classique. Cela fut vrai quelque temps. Mais la réaction se produisit, sous l'impression des insuccès nombreux de l'amputation utéro-ovarique. L'amputation de Porro n'en fut pas moins d'un usage général, et le professeur Eustache (de Lille), relevant les opérations césariennes pratiquées depuis 1879 jusqu'en 1884, trouva 140 opérations de Porro contre 46 cas seulement d'opération césarienne classique (1).

En Allemagne, on s'était pris généralement d'un moins grand enthousiasme qu'ailleurs pour l'amputation utéro-ovarique. Quelques chirurgiens en France, après avoir pratiqué plusieurs fois la nouvelle opération, manifestèrent quelques tendances à revenir à la méthode classique. MM. J. Lucas-Championnière et Guéniot surtout parlèrent dans ce sens à la Société de chirurgie, en émettant le vœu qu'on fit profiter le manuel opératoire de la césarienne classique (2) des progrès réalisés dans la chirurgie abdominale.

A huit jours de là, Léopold pratiquait avec succès à Leipzig la première opération d'après la modification de Sänger. Les perfectionnements souhaités par les chirurgiens de Paris étaient appliqués de l'autre côté du Rhin, avec plein succès, sur la femme vivante !

(1) Congrès de Copenhague. — Eustache. *Parallèle entre l'opération césarienne et l'opération de Porro.* (*Arch. de Tocol.*, octobre 1884.)

(2) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, séance du 17 mai 1882.

Avant d'en aborder l'étude, nous allons passer en revue l'opération césarienne au point de vue des modifications qu'a traversées son manuel opératoire ; cet historique est utile, car il fait mieux comprendre les avantages qu'offre la nouvelle méthode sur toutes celles qui l'ont précédée.

L'opération césarienne ne fut pas admise d'emblée par les chirurgiens. Sa hardiesse, ses insuccès la firent rejeter au début. Plus tard, elle eut à se mesurer avec des opérations rivales : elle sortit victorieuse de la lutte. Ce n'est qu'à partir de ce moment qu'elle prit rang dans la science.

Depuis les premiers temps de son application jusqu'à nos jours, la césarienne n'a cessé de subir des modifications dans son manuel opératoire : presque chaque année en apporte de nouvelles.

C'est à ces deux points de vue qu'il faut envisager l'histoire de l'opération césarienne :

1° Dans sa lutte pour l'existence, c'est l'historique proprement dit ;

2° Dans ses modifications.

Ni l'un ni l'autre des deux chapitres n'est clos. Si la césarienne n'a plus à faire ses preuves, si partout elle est acceptée, on est loin d'être d'accord sur les cas où l'on doit y recourir : sa rivalité avec les opérations connexes existe toujours. Nous n'avons pas l'intention d'aborder ces questions : elles ressortent des indications de l'opération césarienne, nous n'avons en vue ici que le manuel opératoire.

Que les perfectionnements heureux de ce dernier élargissent le champ des indications de la césarienne, cela ne peut faire l'ombre d'un doute. Envisagées ainsi, les indications sont tributaires de la technique.

Nous décrivons un nouveau procédé opératoire : il a donné d'excellents résultats à l'étranger ; son auteur se croit autorisé par ses succès surprenants à entreprendre la césarienne dans des circonstances où, certes, il y a quatre ans encore, il eût sans hésiter appliqué le cranioclaste. Nous pouvons le constater, mais nous ne le suivrons pas sur cette voie. L'expérience de

l'opération de Sänger est encore nulle chez nous. Nous ne sommes donc pas en mesure de modifier à présent dans ses grands traits le chapitre des indications de la césarienne : tout au plus, pourrons-nous être moins sévère pour elle.

Si l'Angleterre est la terre classique de la craniotomie, la France n'a que peu à lui envier à cet égard. Nous sommes encore trop impressionnés par les revers de l'hystérotomie ; le nouvel instrument du professeur Tarnier, le basiotribe, donne tous les jours des succès trop complets, pour qu'à la légère, nous abandonnions notre tradition.

Il est curieux de voir qu'à un an de distance (1882, 1883), naissaient en Allemagne la méthode de Sänger, qui élargit le champ de la césarienne, en France le basiotribe qui étend les limites de la craniotomie. Presque au même moment voyaient le jour ces deux perfectionnements immenses, comme pour accuser encore plus profondément les tendances propres à chaque nationalité : les Français, depuis Baudelocque neveu, penchent pour la craniotomie, les Allemands toujours pour la césarienne. Dorénavant, on fera plus souvent en France la basiotripsie qu'on n'y pratiquait autrefois la céphalotripsie ; on fera en Allemagne dans un plus grand nombre de cas l'opération césarienne. Il semblerait de prime abord que les divergences iront en s'accusant. En sera-t-il ainsi ? Ne sommes-nous pas en droit d'espérer qu'on tiendra un plus grand compte à l'avenir de la vie de l'enfant ? Est-il téméraire de penser qu'on broiera plus souvent le fœtus mort ? L'avenir le montrera. La basiotripsie et la section césarienne ne sont pas antagonistes ; elles ont seulement chacune un rôle différent à remplir.

HISTORIQUE.

Le premier fait d'opération césarienne pratiquée sur la femme vivante est raconté par Nicolas de Falcon et remonterait à l'année 1491. Puis viendrait celui d'Elisabeth Alepaschin, que son mari, Jacques Nufer, châtreur de porcs à Siegershausen, village de Thurgovie, opéra en l'an 1500 avec la per-

mission du juge, parce que les sages-femmes appelées pour faire l'accouchement n'avaient pu, malgré tous leurs efforts, extraire l'enfant. L'opération eut un plein succès. Elle est rapportée par Gaspard Bauhin, dans sa traduction de Rousset (1).

Le traité de Fr. Rousset est le premier ouvrage ex-professo publié sur l'opération césarienne. Rousset chercha à prouver la possibilité de sauver la femme et l'enfant au moyen de cette opération. Il cita des faits à l'appui de sa manière de voir, qu'il établit aussi sur des raisonnements quelque peu fantaisistes d'ailleurs, en montrant, par exemple, que des plaies plus graves que celles de l'opération césarienne ont fréquemment guéri. C'est ainsi que, rapportant l'histoire d'une incision de la paroi vésico-vaginale, faite pour extraire des calculs de la vessie d'une vieille femme de 66 ans, atteinte de prolapsus irréductible de l'utérus, il conclut : « Si la vessie herniée peut supporter une pareille opération, que ne peut-on espérer de la taille vésicale hypogastrique et *de la section césarienne de l'utérus.* »

Avec E. Siebold, on est en droit de mettre en doute l'authenticité d'un certain nombre de ces anciennes opérations césariennes, car on n'est aucunement certain qu'elles se rapportent à des grossesses utérines. La distinction entre la grossesse utérine et la grossesse extra-utérine n'était pas encore faite à cette époque. Rousset publie sept observations d'opération césarienne; G. Bauhin en ajoute plusieurs autres dans sa traduction latine : tous ces cas auraient eu une terminaison favorable.

Le premier travail de Rousset eut un grand retentissement, ainsi qu'un dialogue sur l'opération césarienne qu'il fit imprimer en 1590: nombre de chirurgiens imitèrent son exemple, il y eut comme un véritable déchaînement opératoire. La fureur irréfléchie des médecins à pratiquer la nouvelle opération provoqua alors le jugement fameux porté, en 1604, par

(1) François Rousset. *Traité nouveau de l'Hystérotomotokie ou Enfantement césarien.* Paris, 1581. Traduit en latin par Gaspard Bauhin, 1582.

un chirurgien de Rome, Scipio Mercuri : « En France, l'opération césarienne est d'un usage aussi fréquent que la saignée en Italie pour les maux de tête. » Mais les résultats furent si désastreux que les chirurgiens officiels contemporains, J. Marchant, Ambroise Paré (1), Guillemeau (2), etc., s'élevèrent avec véhémence contre l'opération césarienne, après l'avoir pratiquée eux-mêmes sans succès. Mais qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'il en fût ainsi, lorsqu'on reconnaissait avec Fr. Rousset des indications sinon fantaisistes, du moins absolument disproportionnées à la gravité de l'opération, comme le volume excessif de l'enfant, les monstruosités, une mauvaise position qui ne peut être corrigée, la mort ; puis, du côté de la mère, l'étroitesse des parties génitales, quelle qu'en soit la cause, les callosités, les duretés, les ulcères, etc. Ces indications furent admises par quelques chirurgiens jusque vers la fin du XVII^e siècle. On y ajouta même l'insertion vicieuse du placenta et les convulsions puerpérales !

Mauriceau est plus catégorique qu'Ambroise Paré et Guillemeau (3). Il réclame une pénalité contre ceux qui feraient la césarienne pendant la vie « comme quelques auteurs par trop téméraires l'ont ordonné et quelquefois eux-mêmes pratiqué, ce que plusieurs ignorants font encore tous les jours à la campagne, par un pernicieux abus que tous les magistrats devraient empêcher ».

Viardel et Dionis s'en sont également montrés les adversaires résolus. Dionis s'exprime très durement à cette occasion en parlant de ceux qui tenteraient l'opération césarienne (4). « Il faut, dit-il, qu'un mari soit aussi barbare que le fut Henri VIII, roi d'Angleterre, pour le permettre et qu'un chirurgien manque d'humanité », et il ajoute que l'idée seule d'ouvrir une femme vivante doit faire

(1) *Traité de la génération*, chap. 38.
(2) Guillemeau. *Œuvres complètes de chirurgie*, liv. IV, chap. 28.
(3) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*. Paris, 1681, p. 342.
(4) Dionis. *Traité des opérations*, p. 153.

trembler le plus intrépide. Il ne veut même pas ajouter foi aux cas les plus authentiques et quand on lui montre la cicatrice de l'incision, il dit que c'est celle de l'ouverture d'un abcès.

En 1694, Peu (1) avoue ne jamais l'avoir pratiquée; il n'empêche pas qu'on « fraye le chemin », mais il « n'y veut marcher que sur les pas d'un autre qui en soit honorablement sorti ». Il est moins absolu que ses devanciers.

De la Motte (2) et Deventer ne sont pas opposés à l'opération césarienne. Le commentateur de Dionis, de la Faye, rapporte beaucoup de raisons pour et contre, il semble cependant embarrassé pour formuler sa décision.

Aussi n'est-ce qu'après le succès obtenu par Ruleau, chirurgien de Xaintes, en 1707, que la question fut de nouveau vivement discutée. Simon écrivit un long mémoire pour réhabiliter l'opération césarienne (3). Elle n'avait cependant pas été abandonnée complètement, puisque cet auteur cita plus de soixante accouchements césariens pratiqués de 1500 à 1742. Simon en donna des preuves certaines, avec les noms de trente-huit femmes sauvées par cette opération.

Mais c'est surtout Levret qui, en 1770, discuta le plus complètement les avantages de la nouvelle méthode. Il en est partisan résolu, mais il ne veut pas compromettre l'opération césarienne en l'employant dans les cas où, à l'aide d'autres modes d'intervention moins dangereux, on peut accoucher les femmes. Pour lui, il ne voit qu'une indication déterminante de l'opération césarienne: c'est un tel rétrécissement des parties solides du bassin que le passage d'un fœtus à terme est manifestement impossible. Ajoutons qu'il admet une deuxième indication: c'est la grossesse extra-utérine; mais nous n'en parlerons pas, parce qu'on ne donne plus aujourd'hui à cette variété de laparotomie le nom d'opération césarienne.

---

(1) Peu. *Pratique des accouchements*. Paris, 1694, p. 336.

(2) De la Motte. *Traité des accouchements*, 1721.

(3) *Mém. de l'Acad. de chir.*, 1743, t. I et IV. *Recherches sur l'opération césarienne*, par M. Simon.

Smellie reconnaissait déjà en 1754 un plus grand nombre d'indications. Il recommandait la césarienne toutes les fois que les moyens ordinaires d'accouchement échouent, qu'il y ait mauvaise conformation du bassin, tumeurs remplissant le vagin et qu'on ne peut détruire, cicatrices empêchant la dilatation du col, etc. Stein, l'ancien (1), vulgarisa ces préceptes, et la césarienne fut pratiquée toutes les fois que les conditions précédentes existaient et que la version, le forceps, où la pince à os avaient été impuissants à opérer la délivrance.

Baudelocque (2) admet aussi la césarienne. Et quoiqu'il conseille de la pratiquer dans certaines anomalies des parties molles, il la considère comme devant être presque spécialement réservée aux cas où le rétrécissement du bassin est trop considérable pour permettre le passage du fœtus.

L'opération césarienne devait naturellement être battue en brèche par une opération nouvelle, la *symphyséotomie*, sur laquelle son inventeur fonda de bien grandes espérances. Sigault, encore étudiant en médecine, soumit, en 1768, à l'Académie de chirurgie le projet de sectionner la symphyse pubienne, pour faciliter l'accouchement dans les cas difficiles. Sa proposition fut repoussée avec dédain. En 1773, il reprit la question de la symphyséotomie, dans sa thèse inaugurale soutenue à Angers. En 1777, il pratiqua pour la première fois la nouvelle opération sur la femme vivante. La femme et l'enfant furent sauvés.

Les adversaires aveugles de l'opération césarienne devinrent immédiatement les partisans de la symphyséotomie et on vit les médecins divisés en symphysiens et césariens : les luttes furent acharnées. Des deux côtés, les adversaires perdirent souvent, dans ces discussions scientifiques, le sentiment des convenances; les anticésariens, avec Saccombe à leur tête, se firent surtout remarquer par leur violence. Ils furent un instant victorieux; la symphyséotomie, après le succès de

(1) G. Stein. *Kleine Schriften*. Marburg, 1798, p. 205.
(2) *Art des accouchements*, 1815, §§ 2007 et 2147.

Sigault, reçut la consécration de la Faculté. Mais ce devait être sa dernière lueur; elle succomba presque aussitôt. Et comment pouvait-il en être autrement, quand on songe au peu d'agrandissement que l'écartement maximum des os iliaques, compatible avec la vie, donne, je ne dirai pas seulement au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, mais encore à la circonférence du bassin? Gardien, en 1816, s'en montre encore partisan. Dans ces derniers temps, on a songé à la perfectionner [Imbert (de Lyon), Stoltz, Morisani (de Naples)] (1). Mais tous ces efforts ne parviendront pas à remplacer l'opération césarienne par la symphyséotomie, si tant est qu'on la pratique un jour couramment. Applicable jusqu'à certaines limites de rétrécissement, elle est essentiellement insuffisante dans les constrictions plus étroites. On peut dire que son champ opératoire finit où commence celui de l'opération césarienne.

La symphyséotomie est la seule opération qui ait été proposée pour augmenter le diamètre des parties solides du bassin; mais deux autres procédés opératoires devaient bientôt naître ou du moins être employés, ayant pour objet de réduire le volume du fœtus, l'un d'une manière indirecte, l'autre en agissant directement sur lui.

Dans l'*accouchement* et l'*avortement prématurés artificiels*, on provoque l'expulsion du fœtus avant qu'il ne soit à terme et, plus exactement, avant que ses dimensions aient dépassé ou atteint les dimensions utiles de la filière pelvienne. Dans la *céphalotripsie*, on broie la tête du fœtus, et on en rend les diamètres inférieurs aux diamètres du bassin.

(C'est avec intention que nous laissons de côté la craniotomie simple et le morcellement de la tête fœtale par la pince à os; l'infériorité de ces méthodes dangereuses vis-à-vis de la céphalotripsie nous dispense d'y insister).

Ces deux modes opératoires eurent au début à lutter, exactement comme leur aînée, l'opération césarienne. Ce n'est

(1) *Ann. de gyn.*, 1881, II, p. 440.

guère qu'à partir de 1832 que, sous l'impulsion de Stoltz et de P. Dubois, l'accouchement prématuré entra dans le domaine classique, après avoir été employé depuis 1770 en Angleterre, et depuis 1804 en Allemagne.

La céphalotripsie, née en France, s'acclimata plus vite. Dès 1829, où le céphalotribe fut inventé par Baudelocque neveu, il donna des résultats remarquables entre les mains des accoucheurs français mieux outillés que leurs devanciers, puisqu'ils étaient à même de broyer sur place une tête qu'auparavant ils ne pouvaient qu'ouvrir et dépecer, suivant la juste remarque du professeur Pajot. Il fut admis dès lors qu'on n'avait plus à tenir compte de la vie de l'enfant et qu'il devait être sacrifié toutes les fois que la mère ne pouvait accoucher par les voies naturelles, soit spontanément, soit à l'aide du forceps. Le champ de la césarienne se rétrécit de plus en plus et on vit des opérateurs n'admettre comme indication à cette opération que les rétrécissements assez prononcés pour rendre le passage du céphalotribe impossible. Le professeur Pajot, ennemi déclaré de l'opération césarienne « enfance de l'art » dit-il, la réserve pour les rétrécissements inférieurs à 27 millimètres (1).

En France, la plupart des accoucheurs redoutent cette opération et ne la font qu'à leur corps défendant, *en dernier ressort*, après avoir épuisé toutes les ressources de l'obstétrique opératoire. Les Anglais ne sont pas moins affirmatifs. De l'autre côté du Rhin, quoique les opinions des accoucheurs soient loin de concorder, on penche plutôt vers la généralisation de la césarienne, que vers l'emploi constant de la craniotomie.

Aujourd'hui, mieux renseignés sur les avantages de la section césarienne et sur ceux des opérations qui peuvent délivrer la femme dans les cas de rétrécissements, les accoucheurs ne sont plus passionnés dans la lutte. En général, au moins chez nous, ils accordent à chacun des modes opératoires la place

---

(1) Nous pensons qu'il doit y avoir là erreur de chiffre. Nous n'avons jamais entendu le professeur Pajot réserver l'opération césarienne exclusivement pour les rétrécissements au-dessous de *vingt-sept* millim. — R.-L.

qu'il mérite, ou plutôt, pesant consciencieusement et aussi exactement que possible les avantages et les inconvénients de chacun d'eux dans le cas particulier, ils se décident pour celui qui offre le moins de danger pour la mère, dont l'existence à leurs yeux a plus de valeur que celle du fœtus.

DES PERFECTIONNEMENTS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Dans l'histoire des perfectionnements successifs apportés à l'opération césarienne, il n'est pas possible d'opérer par périodes. De toute nécessité, pour éviter des redites et être plus compréhensible, il faut prendre chacun des temps de l'opération et montrer comment on a été amené à le modifier peu à peu. Des méthodes anciennes ont été reprises par les modernes et il n'y a pas toujours eu une marche continue vers le progrès réel.

On indique dans les traités classiques 4 temps à l'opération césarienne :

1° Ouverture du ventre.

2° Ouverture de l'utérus.

3° Extraction du fœtus, puis du placenta et des membranes.

4° Traitement de la plaie utérine et de la plaie abdominale.

Nous diviserons davantage et nous étudierons successivement :

1° Les préparatifs de l'opération.

2° Le moment auquel elle doit être pratiquée.

3° L'anesthésie.

4° L'incision de la paroi abdominale.

5° Les moyens employés pour empêcher le passage dans le péritoine du sang et du liquide ammiotique qui s'échappent pendant la section.

6° L'incision de l'utérus.

7° L'extraction du fœtus, du placenta et des membranes.

8° Le traitement de la plaie utérine.

9° La toilette du péritoine.

10° Le traitement de la plaie abdominale.

11° Le traitement des suites de couches.

A coup sûr cette division n'est pas parfaite ; elle peut paraître trop compliquée ; certains chapitres empiéteront sur les chapitres suivants. Mais elle nous a semblé rationnelle et plus conforme à la réalité.

PRÉPARATIFS DE L'OPÉRATION.

A moins d'être pris au dépourvu et d'être forcé de faire de suite la section césarienne, ce qui, d'ailleurs, n'arrivera guère que si on est appelé en hâte auprès d'une femme à l'agonie ou morte, l'accoucheur s'occupera de l'appareil nécessaire à l'opération et de l'assistance indispensable.

Autrefois, l'opération sur le vivant était souvent entreprise par des médecins n'ayant à leur aide qu'une sage-femme et des personnes de bonne volonté et vigoureuses, chargées de maintenir la malade. Quelquefois, à la campagne, dans des hameaux éloignés, le praticien doit se contenter d'une assistance aussi rudimentaire. Chose curieuse, un grand nombre de succès ont été obtenus dans des cas de césariennes de ce genre. L'histoire des premières césariennes faites aux XVII° et XVIII° siècles en fait foi. Nous en avons enregistré plusieurs dans les journaux de médecine de ces dernières années. La césarienne faite avec succès en Afrique et rapportée par le Dr Felkin a été aussi simplement exécutée (1).

Ne serait-on pas en droit de penser que le succès est attribuable à ce fait que seules les deux mains du chirurgien ont touché à la plaie et aux instruments ? Aujourd'hui, en effet, il faut être bien pénétré de cetté vérité que plus il y a de mains actives touchant directement ou indirectement à la plaie, plus les dangers d'infection sont grands : la gravité de l'opération césarienne est en raison directe du nombre des opérateurs et des aides.

Le plus ordinairement l'état de la femme n'exige pas une

(1) *Ann. de gyn.*, nov. 1884, p. 397.

intervention immédiate, et l'accoucheur a le temps de veiller à l'exécution des préparatifs de l'opération.

Les soins préliminaires comportent :

Le choix du local et du lit opératoire ;

La préparation des instruments et objets nécessaires à l'opération, ainsi que de ceux destinés à ranimer l'enfant, s'il vient en état de mort apparente ;

Le choix des assistants ;

La préparation du lit où sera couchée la femme après l'opération.

Il n'est guère besoin d'insister spécialement sur chacun de ces points. La césarienne doit être conduite comme une laparotomie, les mêmes règles lui sont applicables.

Nous insisterons spécialement sur la préparation des instruments. Ceux-ci seront exactement rendus aseptiques. Ils devront tremper, à l'exception des bistouris, dans l'eau phéniquée forte au 1/20e ou au 1/40e. Pour plus de sûreté, il sera bon de les passer au préalable à la flamme de la lampe à alcool. Les aiguilles et les fils à suture ou à ligature auront été de la même manière rendus aseptiques par les procédés connus. Le fil d'argent aura trempé quelque temps avant l'opération dans de l'acide phénique au 1/20e; quant à la soie, elle aura été préparée depuis longtemps (on doit toujours en avoir une certaine quantité conservée dans de la glycérine phéniquée) par ébullition prolongée dans de l'eau phéniquée, également au 1/20e. Les éponges seront neuves, cela est préférable, souples, fines, exemptes de sels calcaires, lavées plusieurs fois dans de l'eau phéniquée à des degrés divers, en commençant par une solution forte pour finir par une solution plus faible, dans laquelle on les laissera séjourner pendant tout le temps de l'opération.

Les serviettes, destinées à recouvrir les intestins et l'utérus, seront soumises aux mêmes manipulations. On aura soin de compter tous les objets pour ne pas être exposé à en oublier dans le ventre.

Dans les maternités, où le personnel est instruit des choses

de l'antisepsie, l'accoucheur ne doit cependant pas se reposer sur lui de l'exécution des soins préliminaires : il doit veiller en personne ; il est préférable qu'il prépare lui-même les éponges, ou qu'il en confie le soin à un aide médical éclairé. A plus forte raison en sera-t-il ainsi dans la pratique civile. Aucune de ces précautions n'est inutile. On pourrait presque, sans être taxé d'exagération, affirmer que dans les soins préliminaires gît tout le succès de l'opération. La moindre fissure, et des germes septiques sont amenés par les instruments, les éponges, les serviettes, au contact du péritoine et de la plaie utérine, et on sait combien grande est la facilité avec laquelle le péritoine, la plaie utérine, la surface interne de l'utérus, se laissent infecter.

Mêmes soins minutieux pour les mains et les vêtements. Avant de passer à la préparation des instruments, l'opérateur et ses aides se seront lavés et brossés les mains, relavé et rebrossé les mains et les avant-bras dans des solutions antiseptiques : acide phénique au 1/20ᵉ, sublimé au 1/1000ᵉ, biiodure de mercure au 1/2000ᵉ.

Ils auront quitté leurs habits de ville. Pour plus de sûreté, pourquoi n'imiteraient-ils pas la pratique adoptée par nombre d'accoucheurs et de chirurgiens et qui consiste à revêtir de grandes blouses de toile, faciles à laver et à désinfecter? Opérateurs et aides, tous dvraient revêtir ce costume.

Ce sont là des préceptes dits et redits maintes fois. Dans son cours (1885), M. le professeur Tarnier ne manquait pas d'y revenir à propos de chaque opération. Mais, c'est sans contredit à propos de l'opération césarienne que l'observance de ces règles est surtout de rigueur. Il n'était pas inutile d'y revenir.

Des soins antiseptiques seront parallèlement rendus à la malade. Le vagin sera irrigué efficacement avec une solution phéniquée ou mercurielle chaude; la vulve sera lavée avec soin, les poils du pubis rasés. Pour la paroi abdominale, lavée et savonnée à l'eau ordinaire, elle sera de nouveau lavée à l'eau phéniquée; on finira d'enlever toutes les matières

grasses, qu'y aura portées le savon, en la lavant une derniè̀e fois avec de l'éther.

La malade étant couchée horizontalement sur le lit opératoire, on entourera le champ de l'opération de serviettes antiseptiques; le thorax et les membres inférieurs seront recouverts de la même façon, de sorte qu'il ne restera sur le lit aucun point dont le contact pût contaminer les mains des opérateurs ou les instruments.

Ces précautions étaient loin d'être prises, voire même dans ces dernières années; nous croyons qu'une grande partie des mauvais résultats attribués à la césarienne en elle-même doivent plus justement être attribués à l'inobservance des règles de l'antisepsie rigoureuse.

La chambre sera chauffée à 22 ou 25° centigrades, car on sait que le refroidissement du péritoine est la cause de l'issue fatale d'un grand nombre de laparotomies.

Le lit opératoire n'a rien de spécial. Anciennement, la femme à qui on allait pratiquer l'opération césarienne était assise sur une chaise; une pareille situation, incommode et dangereuse, n'est citée que pour mémoire.

On fixait autrefois généralement à huit le nombre des aides qu'il était désirable d'avoir. Aujourd'hui, aussi bien dans la pratique de la ville, que dans celle de l'hôpital, on peut se contenter d'une assistance moins nombreuse. Il faut toujours un aide pour l'anesthésie, un pour l'assistance directe, un qui s'occupe des instruments et des éponges, pendant qu'une sage-femme peut prendre soin de l'enfant et qu'on peut confier à des infirmières ou à des personnes quelconques le soin des autres fonctions, comme l'éclairage, la fixation des extrémités, etc.

Les instruments indispensables sont :

Un bistouri simple et un bistouri boutonné;

Des pinces à forci-pressure, des pinces à disséquer, des ciseaux;

Des aiguilles pour sutures abdominales et utérines;

Du fil de soie et d'argent désinfecté;

Des éponges propres désinfectées;

Des serviettes trempées dans une solution chaude d'acide phénique ;

Un tube de caoutchouc d'un mètre ;

Les pièces du pansement ;

L'appareil à anesthésie.

MOMENT DE L'OPÉRATION.

Baudelocque distingue le temps de nécessité du temps d'élection. Du temps de nécessité on n'est pas maître, l'état de la femme et celui de l'enfant commandent d'agir de suite. Le professeur Tarnier (1) ne connaît cependant que la mort de la mère qui puisse forcer l'accoucheur à pratiquer immédiatement la section césarienne, et alors point n'est besoin de prendre de grandes précautions.

On ne peut pas toujours choisir le moment d'opérer ni les circonstances de l'opération. Ainsi, il arrive souvent qu'on se trouve en présence d'une femme déjà malade par suite de la longueur du travail et des tentatives réitérées d'extraction faites par d'autres médecins : il faut alors intervenir dans des circonstances extrêmement défavorables, mais dont l'opérateur n'est pas responsable.

L'accoucheur n'est véritablement maître de choisir le moment de l'opération que quand la femme est à sa disposition, avant l'apparition du travail.

Jamais on ne doit opérer avant que le travail ne soit bien établi, si on doit conserver l'utérus, faute de quoi on s'exposerait à une hémorrhagie par inertie utérine, et à la rétention des lochies que le col non dilaté ne laisserait pas s'écouler dans le vagin. Si on doit amputer l'utérus après la césarienne, on peut opérer pendant les derniers jours de la grossesse, choisir commodément son jour et son heure ; c'est la pratique qui a été adoptée par nombre de partisans de la méthode de Porro.

---

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870, p. 29 et suivantes.

Faut-il attendre que les membranes soient rompues avant d'inciser l'utérus ?

Levret, Baudelocque, Désormeaux, Velpeau le pensent ; Guéniot rompt les membranes artificiellement par le vagin (1).

La majorité des accoucheurs regardent, au contraire, comme avantageuse la présence du liquide amniotique et ne rompent les membranes qu'après avoir incisé l'utérus. L'incision peut se faire plus vite et sans tant de précautions, l'utérus revient mieux sur lui-même, la plaie utérine, plus régulière, se rétrécit après l'opération, enfin le fœtus évolue plus aisément dans l'utérus et est saisi et extrait avec plus de facilité. On risque, a-t-on dit, de voir le liquide amniotique s'épancher dans le péritoine ; mais avec un aide exercé, ce danger n'est pas à craindre : nous le verrons tout à l'heure.

Il faut opérer environ six à huit heures après le début du travail ; ne jamais attendre que la femme soit épuisée. Enfin, si on s'est décidé pour la césarienne, il est essentiel de ne pas entreprendre d'autre opération ; il faut s'abstenir même du toucher.

Le pronostic est remarquablement influencé par la longueur de l'intervalle de temps qui sépare le début du travail du moment où l'on commence l'opération.

Pihan-Dufeillay (2) montre que, suivant la durée du travail, le nombre des succès varie beaucoup.

Au-dessous de 12 heures,	le nombre	des guérisons	est de	.....	44 p. 100
De 12 à 24	—	—	—	....	24 —
De 24 à 48	—	—	—	....	20 —
Au delà de 48	—	—	—	....	7 —

Harris (3), dans son travail sur les opérations césariennes faites aux États-Unis, conclut que :

Une opération	pratiquée de bonne heure	sauve	75	femmes sur	100.
—	moyennement retardée	—	33	—	100.
—	franchement tardive	—	33, 25, 20	—	100.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 juin 1885.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1861, p. 316.

(3) *Arch. de tocol.*, 1879. p. 150.

Radfort, dans sa statistique anglaise, arrive à des résultats analogues.

Il faut donc opérer le plus près possible du début du travail.

ANESTHÉSIE.

Doit-on anesthésier les femmes à qui on pratique l'opération césarienne ?

Les auteurs anciens qui ont publié des observations d'opérations césariennes insistent peu sur la douleur ressentie par les patientes : en réalité, il n'y a douleur que pendant la section de la paroi abdominale, or, quand celle-ci est rapidement exécutée, la femme se plaint médiocrement.

C'est en s'appuyant sur cette donnée qu'on a conseillé l'anesthésie locale. On aurait l'avantage en agissant localement, de ne pas diminuer l'intensité de la contractilité utérine.

Mais aujourd'hui que les anesthésiques généraux sont employés d'une façon courante, pour des opérations de bien moindre durée et de moindre gravité que l'opération césarienne, il n'est guère d'opérateur qui, en mesure d'endormir la femme, ne consentirait pas à lui épargner le supplice d'une si émouvante opération. Outre la question d'humanité, il y a encore un autre avantage à ce que l'anesthésie soit générale, c'est qu'on évite, grâce à elle, les efforts de la femme, les contractions des muscles abdominaux qui gênent les manœuvres opératoires ; il y a, en outre, moins de danger que la malade succombe à l'épuisement nerveux, conséquence d'une longue opération.

On a, autrefois, plus ou moins complètement endormi les malades avec des préparations opiacées.

Le chloroforme pur est universellement adopté en France. En Allemagne, on emploie beaucoup un chloroforme chimiquement pur extrait du chloral. Mais le chloroforme a l'inconvénient trop fréquent de provoquer des vomissements, quelquefois même pendant l'anesthésie ; une fois la malade réveillée, on peut dire que les vomissements sont la règle. C'est

à l'effet d'éviter ces inconvénients, qu'on a proposé à l'étranger de le remplacer par l'éther, le bichlorure de méthylène (Spencer Wells); on a aussi essayé le mélange d'éther, d'alcool, de chloroforme.

L'appareil de Junker (masque dans lequel on fait arriver l'air chargé de vapeurs anesthésiques) est d'un maniement très simple et mérite d'être recommandé.

INCISION DE L'ABDOMEN.

L'incision de l'abdomen a été faite au début avec des rasoirs bien tranchants. Bientôt ils furent délaissées pour le bistouri, dont l'usage s'est universellement répandu. Il n'y a à citer que pour mémoire le procédé qui a été proposé par Depaul, à la Société de chirurgie, d'ouvrir la paroi abdominale avec la pâte de Vienne (1). M. de Saint-Germain, quelques jours après, présenta à la même Société un porte-caustique qui pourrait être utilisé dans l'opération césarienne, à l'effet de produire des adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale. Cet instrument n'a jamais été employé (2).

Les anciens recommandaient de faire l'incision à gauche, où on n'est pas gêné par le foie.

Toutes les directions possibles ont été données à l'incision : longitudinale, oblique, transversale. Dans les unes on prend comme point de repère la paroi abdominale seule, les autres tiennent compte de la situation de l'utérus, certaines de la position du fœtus.

Rousset fait une incision parallèle au muscle droit et en dehors de lui, pour éviter d'intéresser ses fibres.

Mauriceau recommande l'incision verticale médiane sur la ligne blanche. « On peut s'étonner, dit Pinard (3), que Mauriceau, qui se déclare l'adversaire de l'opération césarienne,

---

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870, p. 29-35.

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870, p. 235.

(3) *Loc. cit.*, p. 21, note.

ait décrit un procédé pour pratiquer cette opération, mais nous ferons remarquer que cet auteur décrit ce procédé comme devant être mis en pratique sur la femme venant de mourir. » Levret (1) fait une incision verticale, mais latérale, passant à égale distance de la ligne blanche et d'une ligne qui unit l'épine iliaque antérieure et supérieure à la dernière des vraies côtes, là où elle se continue avec son cartilage. C'est la méthode de Rousset modifiée, que Stein (l'ancien) vulgarise. Smellie fait aussi une incision latérale.

Deleurye (2), après avoir conseillé l'incision latérale, revient à l'incision sur la ligne médiane déjà préconisée par Mauriceau : c'est donc bien à tort que l'on donne à cette manière de faire l'incision le nom de « méthode de Deleurye ».

Guénin (3), fait une incision suivant presque la ligne médiane, puisqu'elle n'en est séparée que de 4 à 6 millimètres. D'autres suivent la même direction, mais à 3 centimètres en dehors de la ligne blanche ; Malgaigne, à 5 cent. 1/2, dans l'espoir d'obtenir une cicatrice plus solide.

L'incision transversale a été appliquée par Lauverjat (4) après avoir été recommandée déjà par Duncker et exécutée avec succès par plusieurs chirurgiens français. Cette incision est faite du côté où est inclinée la matrice, entre le muscle droit et la colonne vertébrale, à peu près à la hauteur de la 3e fausse côte, remontant cependant plus ou moins haut, selon l'élévation de l'utérus.

L'incision oblique ou diagonale, décrite par Stein le jeune (5), allant de la branche horizontale du pubis d'un côté à l'extrémité de la dernière fausse côte du côté opposé,

(1) Levret. *Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux.* Paris, 1770, p. 436.

(2) Deleurye. *Traité des accouchements*, 1778, p. 273.

(5) Guénin. *Deux opérations césariennes.* Paris, 1750.

(4) Lauverjat. *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne.* Paris, 1788.

(5) *Geburtsh. Abhandl.*, Marburg, 1803, p. 125.

croise la ligne blanche en son milieu. On l'a employée quelquefois, mais avec peu de succès.

Dans la méthode de Ritgen (1), imitée plus tard par Baudelocque neveu, on fait une incision oblique semi-lunaire parallèle au pli de l'aine et au-dessus de lui, comme pour la ligature de l'artère iliaque externe. Cette incision spéciale était destinée à arriver soit sur le vagin, soit sur le col de l'utérus, sans intéresser le péritoine qui était simplement décollé.

On a pris encore l'utérus comme point de repère dans les incisions latérale et oblique. Levret conseille de faire l'incision du côté du ventre vers lequel s'incline le fond de la matrice. Millot (2), au contraire, recommande le côté opposé. Gardien est de l'avis de Levret.

Velpeau pense également que l'incision des parois abdominales doit toujours correspondre au côté le plus saillant de l'utérus. Il la fait varier suivant que l'utérus a telle ou telle direction. Si l'utérus est droit, il incise la ligne blanche; s'il est incliné, il incise obliquement, comme s'il voulait lier l'artère iliaque interne.

M. Guéniot (3) conseille aussi de faire l'incision suivant le grand axe de l'utérus. Il y trouve l'avantage : de pouvoir inciser l'utérus sur sa ligne médiane sans modifier son inclinaison ni sa torsion, de conserver aux plaies utérine et abdominale leur parallélisme, ce qui favorise l'écoulement lochial et empêche sa diffusion dans le péritoine.

Osiander (4) est le seul qui ait pris le fœtus comme point de repère. Il fait repousser la tête du fœtus contre les parois abdominales par la main introduite dans le vagin, et incise directement sur elle, obliquement, la paroi abdominale.

---

(1) Ritgen. *Die Anzeigen der Mechan. Hülfen*, 1820, p. 406.

(2) Millot. *Observations sur l'opération dite césarienne*. Paris, an VII, t. VIII, p. 9.

(3) Guéniot. *De l'opération césarienne à Paris, et des modifications qu'elle comporte dans son exécution*. Paris, 1870.

(4) Osiander. *Handbuch der Entbindungskunst*, t. II.

Ajoutons que la plupart des auteurs, pour ne pas dire tous, se rallient aujourd'hui au procédé de Mauriceau. Plus simple dans l'exécution, permettant d'éviter plus facilement l'issue de l'intestin au dehors et le passage des lochies et du sang dans le péritoine, la section suivant la ligne médiane ne comprend que rarement des vaisseaux volumineux qu'il soit utile de lier; rarement, les intestins s'interposent entre l'utérus et la paroi abdominale, au niveau de la ligne blanche. Il est facile, en outre, de déplacer soi-même ou de faire déplacer par un aide l'utérus pour le ramener suivant l'axe du corps et permettre une incision médiane. Quant à l'argument tiré du facile écoulement des lochies par la plaie, il n'a plus sa raison d'être dans les cas où l'on pratique l'amputation de Porro, ni même dans ceux où l'on fait la suture utérine, et où la plaie de la matrice *doit* se réunir par première intention.

La longueur de l'incision a donné lieu aussi à bien des divergences, et pourtant il paraît assez simple de trouver la longueur nécessaire pour laisser passer la tête du fœtus. On a indiqué, suivant les auteurs, des chiffres variant de 13 à 25 centimètres.

MM. Budin et Ribemont ont établi scientifiquement la longueur que doit avoir l'incision. Après avoir démontré que la circonférence sous-occipito-frontale d'une tête de fœtus à terme, de poids moyen, mesure de 32 centimètres et demi à 33 centimètres avec un diamètre de 11 centimètres, ils écrivent dans leur mémoire (1) : « Ces incisions (faites à la paroi utérine et à la paroi abdominale dans le cas d'opération césarienne) devront mesurer de 16 à 17 centimètres environ de longueur, afin que leurs lèvres puissent, en s'écartant, limiter une ouverture capable de laisser passer la circonférence sous-occipito-frontale. »

Où doit commencer et où doit finir l'incision abdominale? Nous ne nous occuperons plus que de l'incision à la ligne blanche. Généralement, commençant à l'ombilic, on la fait

(1) *Arch. de tocol.*, 1879, p. 477.

descendre jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessus de la symphyse ; si cette longueur n'est pas suffisante, on dévie de la ligne médiane vers l'ombilic pour le contourner à gauche.

Récemment, M. J. Lucas-Championnière (1) a recommandé de reporter l'incision abdominale aussi haut que possible au-dessus du pubis, afin que les pièces de pansement ne soient pas souillées par les liquides qui s'écoulent de la vulve.

Nous voyons aujourd'hui Sänger, de Leipzig, Schauta, d'Innsbruck, faire l'incision au niveau du tiers moyen de l'utérus, de telle sorte qu'il y ait autant de distance entre l'extrémité supérieure de l'incision et le fond de l'utérus, qu'entre son extrémité inférieure et le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Autrefois, quand on faisait encore des incisions latérales, on couchait, pendant la section de la paroi abdominale, la femme du côté opposé, afin de maintenir les téguments plus tendus, et on la ramenait dans le décubitus dorsal, une fois l'incision faite. Aujourd'hui, la patiente doit être couchée directement sur le dos, comme dans une laparotomie ordinaire.

Il n'y a d'ailleurs aucune utilité à marquer avec de l'encre, comme cela a été conseillé, l'étendue ni la direction de l'incision.

MOYENS D'EMPÊCHER LE PASSAGE DES LIQUIDES DANS LE PÉRITOINE.

L'abdomen ouvert, s'il y a des anses intestinales ou une partie de l'épiploon situées sur la face antérieure de l'utérus, on les refoule dans le ventre.

Quand on va inciser l'utérus, il y a à craindre que le sang et le liquide amniotique ne passent dans le péritoine. Les anciens surtout craignaient cet accident ; nous le redoutons moins aujourd'hui qu'il est établi par les recherches de Wegner que le liquide amniotique normal, pas plus que le

---

(1) Bull. de la *Société de chirurgie*, 17 mai 1882.

sang aseptique ne peuvent être une cause d'infection pour le péritoine.

Mais il y a des cas où il est important d'éviter ce passage, c'est quand le liquide amniotique provient d'un œuf macéré, ou qu'il est lui-même putréfié.

Les anciens se contentaient de la position plus ou moins verticale donnée à la femme, pour favoriser l'écoulement des liquides au dehors; nous avons parlé de la chaise à opération d'Ambroise Paré. L'utérus, que son propre poids entraîne en avant, s'appliquait de lui-même sur les lèvres de la plaie abdominale et l'obturait. Aujourd'hui que nous mettons la femme dans la station horizontale, il faut faire appliquer fortement par un aide les parois du ventre sur l'utérus, et lui conseiller de suivre bien exactement l'organe dans son retrait après l'extraction du fœtus.

Un procédé de suture de l'utérus à la paroi abdominale, imaginé par Lestocquoy, d'Arras, et que nous décrirons plus tard, remplissait plus ou moins les indications précédentes.

M. Guéniot est le premier qui ait nettement formulé l'indication lorsque, en 1870, dans le mémoire déjà cité, il dit qu'il faut « opérer hors du ventre ». L'utérus est hors du ventre, si on l'a fait assez bien saillir, en repoussant le plus en arrière possible les lèvres de la boutonnière abdominale, pour qu'une partie de son segment antérieur dépasse la plaie abdominale. Reconnaissant qu'il ne suffit pas d'agir sur l'abdomen pour obtenir efficacement ce résultat, il recommande d'introduire dans l'utérus, avant de l'inciser et dans sa partie supérieure accessible, une anse métallique, à l'aide de laquelle un aide attirera par des tractions suffisantes l'utérus en avant.

On a conseillé aussi d'appliquer deux sutures de fil à la partie supérieure de la plaie abdominale, avant d'ouvrir l'utérus; un aide attire alors les deux fils fortement en haut, de manière à obtenir un contact aussi exact que possible entre les lèvres de la plaie abdominale et l'utérus.

Sans avoir recours à ces deux procédés, il est très simple, tout en faisant appliquer par un aide la paroi abdominale

contre l'utérus, d'entourer l'utérus à sa base de serviettes ou d'éponges aseptiques, comme on le fait aujourd'hui dans les laparotomies ordinaires.

Évidemment, si l'utérus adhère à la paroi abdominale, toutes ces précautions sont inutiles; jamais le liquide ne passera dans le péritoine. Est-ce à cette cause qu'il faut attribuer, avec certains auteurs, la plus forte proportion de succès à la suite des opérations césariennes pratiquées plusieurs fois chez la même femme?

Winckel (l'aîné) aussitôt l'utérus ouvert, fait accrocher par les doigts d'un aide l'angle supérieur de la plaie utérine et au besoin l'angle inférieur, afin de les relever le plus fortement possible.

A coup sûr le procédé le plus efficace est encore celui qui a été proposé, pour la première fois, par G. Rein, de Saint-Pétersbourg (1), et appliqué par lui sur les animaux.

Son procédé consiste à extraire l'utérus du ventre avant d'en faire l'incision. Il est vrai que Rein ne se proposait d'autre but que d'empêcher l'hémorrhagie ; mais il sortait l'utérus du ventre, avant de l'inciser, c'est là l'essence même du procédé de Müller, appliqué à l'opération de Porro.

Le premier qui, chez la femme vivante, fit sortir l'utérus de l'abdomen, avant de l'inciser et en spécifiant bien que c'était dans l'intention d'empêcher le passage du liquide amniotique putréfié dans l'abdomen, est le professeur Müller, de Berne, qui, le 4 février 1878, eut l'occasion d'appliquer cette modification. Il l'a systématisée et la recommande pour toutes les opérations de Porro : on lui donne le nom de modification de Müller.

Mais, comme G. Rein, il se propose en outre d'empêcher l'hémorrhagie, qui accompagne nécessairement l'incision de la matrice et qui, malgré ce qu'affirmait Depaul, peut, par son abondance, mettre en danger les jours de l'opérée. A cet effet, avant d'inciser l'utérus, il le comprime au niveau

(1) *Ann. de gyn.*, 1879, t. I, p. 269, et 1881, t. I, p. 130.

du col avec un fil de fer, serré à l'aide d'un constricteur de Cintrat. Il a été suivi par d'autres, qui ont exercé la constriction avec un écraseur linéaire... Ajoutons de suite qu'une semblable manœuvre ne peut être applicable qu'aux cas pour lesquels on amputera ultérieurement l'utérus ; les lésions produites au niveau du col ne sauraient être indifférentes, si on veut conserver l'organe. Il en serait de même des ligatures temporaires en fil appliquées sur les ligaments larges, ou même des ligatures définitives.

Mais l'ingénieuse idée de Litzmann, de Kiel (1), qui applique au niveau du pédicule utérin un lien élastique provisoire, serait de tous points applicable à l'opération césarienne classique, si on voulait employer la modification de Müller.

Malgré sa perfection en théorie, la modification de Müller n'a pas été favorablement accueillie par tous les accoucheurs. Ils lui reprochent de nécessiter une trop grande étendue de la plaie abdominale, et surtout de n'être pas applicable à tous les cas. Aussi incise-t-on généralement aujourd'hui l'utérus *in situ* en prenant les précautions que nous avons indiquées.

INCISION DE L'UTÉRUS.

Toujours faite à l'instrument tranchant, autrefois au rasoir, aujourd'hui au bistouri.

Il est presque inutile de dire que Chassaignac, dans le but d'éviter l'hémorrhagie, due à l'incision du placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus, a proposé de l'inciser avec la chaîne de l'écraseur conduite à l'aide d'un trocart.

Quelquefois on incise l'utérus couche par couche, sur toute l'étendue de l'incision qu'on veut faire, et on arrive ainsi sur les membranes qu'on laisse intactes, pour les rompre isolément ensuite. Souvent on conseille de ponctionner avec précaution l'utérus vers le bord supérieur de l'incision avec un bistouri

---

(1) *Centralbl. f. Gynäk.*, 1879, p. 2.

pointu, puis par la boutonnière ainsi obtenue, d'introduire le doigt qui servira à guider soit un bistouri boutonné, soit une paire de ciseaux mousses ; on agrandira ainsi suffisamment l'incision en haut et en bas. Enfin, beaucoup d'opérateurs incisent du premier coup toute l'épaisseur de l'utérus.

Notons que dans les cas qu'on fera suivre de l'amputation utéro-ovarique de Porro, et où il n'y a aucun intérêt à avoir une plaie à bords nets, le professeur Tarnier donne le conseil de déchirer l'utérus avec le doigt introduit par la boutonnière précédente ; on opérera ainsi avec une plus grande rapidité (1).

Comme pour l'incision de la paroi abdominale, on peut dire que l'incision de l'utérus a été faite suivant toutes les directions et en tous les points de l'organe.

L'incision verticale médiane sur le corps de l'utérus est la plus ancienne, et celle qui réunit encore aujourd'hui la majorité des suffrages.

L'incision transversale faite pour la première fois par Lebas, de Mouilleron, a été reprise par Lauverjat, quelques années plus tard. Cet exemple a été imité. Mais tandis que ces accoucheurs incisaient spécialement l'utérus vers sa partie supérieure, nous avons vu Osiander l'inciser sur son segment inférieur.

Plus récemment, Kehrer, d'Heidelberg, a repris l'incision transversale faite au niveau du segment inférieur (2). Après avoir incisé l'abdomen sur la ligne blanche, il sectionne l'utérus transversalement aussi bas que possible. Il se propose ainsi d'éviter le placenta, qui ne s'insère sur le segment inférieur que dans des cas très rares; mais les hémorrhagies par les bords de la plaie, à ce niveau peu fournis de faisceaux musculaires, sont difficiles à arrêter. Déjà Jœrg, en 1806, avait appliqué cette incision utérine.

Cohnstein (3) est le seul qui ait proposé d'inciser la paroi

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879.
(2) *Arch. f. Gynäk.*, 1882, t. XIX, p. 177.
(3) *Centralbl. f. Gynäk.*, 1881, p. 289.

postérieure de l'utérus, extrait de l'abdomen par la méthode de Müller, au lieu de la paroi antérieure incisée jusqu'ici par tous les accoucheurs. Malgré les raisons d'ailleurs peu convaincantes qu'il donne en faveur de ce procédé, il n'a jamais été mis à exécution.

Après l'incision utérine, il nous semble rationnel de décrire l'incision vaginale, faite dans le but d'extraire le fœtus par le vagin, après lui avoir fait traverser l'orifice utérin complètement dilaté, ou incisé avec des ciseaux, si sa dilatation n'est pas suffisante. C'est la méthode que nous avons déjà indiquée sous le nom de gastro-élytrotomie.

Gastro-élytrotomie. — On se propose dans cette méthode d'éviter la section du péritoine et de l'utérus. Jœrg ne peut en être considéré comme l'inventeur, puisqu'il sectionnait l'abdomen à la manière de Mauriceau, et que, par conséquent, le péritoine était intéressé dans l'opération qu'il proposait. Mais c'est le premier qui ait songé à inciser le vagin ou le col de l'utérus.

C'est donc bien en réalité Ritgen (1) qui imagina et pratiqua, pour la première fois, la gastro-élytrotomie qu'il appelle « section du ventre et du vagin. » Son incision de la paroi abdominale va de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis en décrivant un courbe semi-lunaire, au-dessus du ligament de Fallope. Il décolle ensuite le péritoine, avec le bistouri, jusqu'au moment où il arrive sur le vagin qu'il sectionne latéralement. Dans son opération sur la femme vivante il ne put extraire le fœtus par cette voie, et dut recourir au procédé classique.

A. Baudelocque neveu, en 1823, prit pour sujet de thèse l'exposé d'un « nouveau procédé pour pratiquer l'opération césarienne », auquel il donna le nom de gastro-élytrotomie. Il conseille d'inciser l'abdomen le long du bord externe du muscle grand droit, sans intéresser le péritoine ; de décoller avec le

(1) Ritgen. *Die Anzeigen der Mechan. Hülfen,* 1820.

doigt le péritoine de la fosse iliaque, d'arriver sur le vagin et de le sectionner, aussi bas que possible, entre le rectum et la vessie qu'on écarte. En 1824 il incise le péritoine comme Jœrg ; ce n'est plus la gastro-élytrotomie proprement dite. En 1844, dans un troisième mémoire, il rapporte deux cas opérés par lui. Dans le premier, il eut recours au procédé de Ritgen : une hémorrhagie grave, due à la section du vagin, le força à terminer l'opération par la méthode classique, la femme mourut d'hémorrhagie. Dans le second, il piqua l'artère iliaque externe et fut obligé de lier l'iliaque interne, il put terminer l'opération : la femme mourut le troisième jour; les deux enfants étaient morts avant l'intervention (1).

On ne parla plus dès lors de la gastro-élytrotomie et elle semblait à jamais oubliée, quand, en 1870, Gaillard-Thomas, dans le but de la réhabiliter, lut devant la Société médicale de New-York, un mémoire fondé sur l'analyse de deux gastro-élytrotomies proprement dites pratiquées par lui, l'une sur le cadavre, l'autre sur la femme mourante. Cette dernière opération fut faite pour sauver l'enfant, qui vécut deux heures et dont la mort due à la faiblesse congénitale ne pouvait être mise sur le compte de l'opération.

Il suivit pas à pas le procédé de Ritgen, en modifiant simplement la manière de faire l'incision de la paroi vaginale, qu'il rendit plus facile et moins dangereuse, en prenant la précaution de la faire saillir dans la plaie, à l'aide d'un hystéromètre introduit par le vagin. Gaillard-Thomas eut des imitateurs aux États-Unis et en Angleterre.

Le professeur A. Skene a fait aujourd'hui trois gastro-élytrotomies. Dans la première la mère mourut, l'enfant avait succombé avant l'intervention. Dans les deux autres : mères et enfants furent sauvés. Gaillard-Thomas fit une seconde opération avec succès pour la mère et l'enfant.

Le Dr Whiteside Hime, de Sheffield (2), eut un insuccès

---

(1) Masson. *De la gastro-élytrotomie.* Thèse de Paris, 1877.

(2) *Lancet.* 9 nov. 1878.

dans un cas de cancer du col de l'utérus et du vagin : la mort fut indépendante de l'opération ainsi que le montra l'autopsie.

Arth. Edis, de Londres (1), opéra dans de mauvaises conditions, l'enfant fut extrait au forceps et sauvé, la mère mourut. Edis dit que toute autre opération : céphalotripsie ou opération césarienne classique aurait donné le même mauvais résultat.

Enfin, le 8 novembre 1879, Walter Gillette pratiqua la gastro-élytrotomie, à New-York, se proposant seulement de sauver la mère, car l'enfant était déjà mort. Le vagin fut sectionné à la manière ordinaire, mais il dut inciser les bords de l'orifice avec des ciseaux. Pour extraire l'enfant, il appliqua d'abord le forceps, puis il fit la version, finalement il fut obligé de pratiquer la craniotomie, et d'achever l'extraction à l'aide du céphalotribe. La mère guérit.

Sur les 8 opérations, il y a donc 4 femmes guéries et 6 enfants sauvés.

J. Garrigues, de Brooklyn (2) et W. R. Gillette (3) se prononcent pour la gastro-élytrotomie de préférence à l'opération césarienne classique et à l'opération de Porro, même avec la modification de Müller.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 11 février.

M. MARTINEAU fait hommage à la Société d'un exemplaire de la deuxième édition de son livre intitulé : *Leçons sur les déformations*

---

(1) *British Med. Journ.*, 20 nov. 1878.

(2) *New-York Medical Journal*, oct.-nov. 1878, et *Amer. Journ. of obst.*, 1880, p. 33.

(3) *Amer. Journ. of obst.*, 1880, p. 102.

vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, etc.

M. Doléris relate une observation d'accouchement prématuré chez une femme âgée de 23 ans, atteinte **d'atrésie congénitale du vagin.** Cette femme a été réglée à 16 ans; les règles étaient peu abondantes, se montraient d'une façon très irrégulière et s'accompagnaient de douleurs abdominales très fortes. Ces accidents s'amendèrent, paraît-il, sous l'influence de conditions d'existence meilleures. A 20 ans, toutefois, elle eut une attaque d'hémiplégie droite (de nature hystérique sans doute), coïncidant avec une aménorrhée passagère et qui cessa avec l'apparition des règles. A partir de 20 ans, la menstruation cessa d'être douloureuse. Mais il n'en fut pas de même des rapports sexuels qui, au début surtout, avaient été extrêmement pénibles.

Etat actuel. — La femme n'a pu indiquer la date des dernières règles. Mais elle dit avoir senti l'enfant remuer, il y a quatre semaines environ. Depuis quelques jours, elle éprouvait des douleurs assez fortes, et elle avait perdu un liquide, d'abord blanchâtre, puis verdâtre, qui empesait le linge. L'examen obstétrical, fait à deux reprises, la seconde fois après anesthésie chloroformique, a fourni les renseignements suivants : « L'hymen est détruit, mais il existe un contour de la membrane hyménéale très net, pas de caroncules myrtiformes. A la vulve, fait suite une sorte d'infundibulum, de quelques centimètres seulement de longueur, terminé par une sorte de diaphragme à concavité tournée vers la vulve, et percé d'un orifice qui, lors des premières investigations, ne permit pas l'introduction de l'hystéromètre. La femme est en travail manifeste. Au second examen, deux jours plus tard, cet orifice est dilaté comme une pièce de 20 centimes, ses bords sont extrêmement minces, et l'on sent, avec le doigt, à travers cette ouverture, des petites parties fœtales. »

La malade fut alors endormie, et M. Doléris dilata l'orifice d'abord avec les doigts, puis à l'aide de quelques incisions pratiquées sur la partie atrésiée. Il put ainsi extraire un fœtus qui pesait 930 grammes et qui se présentait par le siège. Suites de couches heureuses.

M. Doléris fait remarquer, à propos de ce cas : 1° *la possibilité de la conception malgré l'atrésie considérable qui existait.* L'orifice central n'avait pas admis l'hystéromètre ; 2° *la possibilité en pareil cas d'un travail spontané.* Il a suffi, en effet, de dilater violemment

avec les doigts l'orifice anormal, et de pratiquer quelques petits débridements.

En outre, il pense que le fait de l'existence de l'hymen en avant d'un vagin atteint d'atrésie congénitale est incompatible avec la théorie de Budin, qui considère la membrane hyménéale comme la terminaison du vagin. Il existe, en effet, plusieurs observations qui ne permettent pas d'accepter cette théorie. Récemment encore, il était consulté par un confrère sur un cas analogue. Ce médecin lui écrivait à propos d'une jeune fille âgée de 18 ans : *Hymen semi-annulaire, parfaitement conservé. Après avoir déprimé l'hymen, j'essaye d'introduire le doigt. Or, à deux centimètres environ derrière l'hymen, je suis arrêté par une cloison qui obture complètement le vagin à ce niveau. Je ne trouve pas la moindre ouverture, même avec les stylets les plus fins.*

La théorie de Budin ne permet pas d'expliquer l'existence de ces *atrésies congénitales post-vulvaires*, avec un développement normal de l'hymen.

Martineau croit, au contraire, d'après les constatations qu'il a faites maintes fois à Lourcine, que les idées de Budin sur l'origine réelle de l'hymen sont parfaitement fondées. La parfaite continuité, très appréciable à la vue, des fibres radiées du vagin avec celles de l'hymen, plaident fortement en faveur de la dépendance directe de ces deux organes.

Doléris avoue qu'il ne prétend pas juger la question. Il constate simplement que certains faits deviennent inexplicables si on accepte la théorie de Budin. Pozzi et Wertheimer ont du reste émis des idées différentes. Il croit donc qu'il y a utilité à faire de nouvelles recherches à ce sujet, et que les recherches embryogéniques seules permettront de résoudre la question. Quant à la disposition des fibres musculaires chez l'adulte, elles ne sauraient avoir de signification importante.

Pajot. Je vois, dans le fait communiqué par M. Doléris, un argument en faveur d'une opinion que je défends depuis bien des années. Dans ce cas, en effet, malgré l'étroitesse si marquée de l'orifice anormal, la conception a été possible. Or, il y a des chirurgiens qui professent que pour favoriser la conception, il faut non seulement dilater l'orifice externe, mais encore l'orifice interne. Eh bien ! je suis, pour ma part, convaincu qu'il suffit de dilater l'orifice externe. Et cela paraîtra rationnel si l'on veut simplement se souvenir que le spermato-

zoïde, pour aller à la rencontre de l'ovule, sait fort bien pénétrer dans l'orifice et dans le conduit tubaires. En résumé, le raisonnement, l'expérience et les faits relatés par M. Doléris démontrent qu'il suffit de produire, aux dépens du col, une sorte d'entonnoir, dont le sommet, pourvu d'un orifice si petit qu'il puisse être, conduit dans la cavité utérine.

M. Rey (Marius) lit un travail ayant pour titre : **Étude théorique du forceps**. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de : MM. Pajot, Polaillon, Charpentier, Labusquière.

M. Richelot communique un travail relatif à une opération pour un cas d'extrophie de la vessie. Ce travail est renvoyé à l'examen de la même commission.

M. Doléris présente un utérus qui provient d'une femme qui a succombé dans son service aux suites d'une rupture utérine survenue pendant le travail. Quand cette femme fut apportée à l'hôpital, elle présentait tous les signes d'une rupture de la matrice, l'enfant était en grande partie passé dans le péritoine. L'état général, malgré la gravité de l'accident, était, relativement bien entendu, assez bon. Dans ces conditions, influencé peut-être un peu par le souvenir d'un cas analogue, qu'il avait observé dans le service du professeur Pajot, alors qu'il était chef de clinique, cas qui s'était terminé heureusement, Doléris termina l'accouchement par les voies naturelles et se contenta de placer un gros drain en croix (Frommel) dans le cul-de-sac vésico-utérin. Mais, dès le deuxième jour, l'état de l'opérée étant devenu extrêmement grave, il se décida à pratiquer la laparotomie, qui fut faite après anesthésie de la malade et au milieu des précautions antiseptiques les plus minutieuses. La plaie, ainsi que le ligament large droit, qui était déchiré, furent suturés. Toilette, aussi complète que possible, du péritoine. La malade succomba le lendemain.

Pajot. M. Doléris avait été, en effet, gâté par le résultat « inespéré » du cas auquel il a fait allusion. La femme dont il s'agit présentait, en effet, un complexus dystocique peu rassurant : rétrécissement du bassin, présentation du tronc, placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, hémorrhagie considérable, rupture du vagin et de la matrice. Elle avait, en outre, subi, en ville, plusieurs manœuvres très longues, et il y avait trop de raisons pour croire qu'elle

était déjà infectée lors de son arrivée à la clinique. Je portais donc un pronostic absolument défavorable ; M. Doléris, au contraire, ne désespéra pas du succès. Et l'événement lui donna raison. Mais, je le répète, il s'agit là d'un fait exceptionnel, et il ne faut pas compter avec des terminaisons aussi inattendues.

M. Doléris insiste sur les particularités suivantes :

La déchirure a la forme classique. Elle intéresse tout le bord droit du col, de bas en haut, jusqu'à l'anneau de Bandl au niveau duquel elle s'infléchit brusquement à angle droit, pour suivre un moment le relief constitué par l'anneau, et se diriger ensuite un peu en bas vers le côté gauche de la matrice. A droite, le ligament large est, en grande partie, déchiré. En somme, les délabrements causés par le traumatisme, sont considérables.

Répondant à une question posée par M. Polaillon : *pourquoi n'avoir pas fait immédiatement la laparotomie ?* Il se demande, en effet, s'il n'eût pas été préférable d'intervenir immédiatement que de subordonner l'intervention à des indications ultérieures. Il a préféré attendre, parce que, en somme, l'état général de la femme, malgré l'intensité du traumatisme, ne paraissait pas trop mauvais. En outre, si l'on réfléchit aux détails révélés par l'autopsie, on voit qu'il eût fallu faire une antisepsie sous et sus-ombilicale et aller chercher les caillots au-dessus et au-dessous du foie.

Le drainage, établi après la délivrance et après un lavage antiseptique, ne pouvait triompher des conditions septiques préexistantes en raison de l'envahissement général de la cavité abdominale par les caillots et les liquides épanchés.

Il avoue donc avoir eu tort et se reproche son hésitation. Il fallait agir de suite et ne point subordonner l'opération à l'apparition de symptômes de péritonite. La raison de son inaction vient précisément d'être donnée par M. Pajot. M. Doléris a traité et a vu guérir un cas analogue par le simple drainage vaginal et il a fondé son espoir sur cet exemple. Mais il faut en revenir aux faits généraux et reconnaître que c'est la laparotomie qui donne encore les meilleurs résultats. Il faut donc la faire et compléter l'opération par une antisepsie méticuleuse et totale de la cavité péritonéale.

Il fait remarquer les avantages qu'il peut y avoir à faire un double drainage : un premier drain étant placé dans l'abdomen et aboutissant à la plaie abdominale, l'autre traversant la plaie abdominale, la dédéchirure utérine et le vagin.

Il croit que la malade n'aurait pas été sauvée par l'amputation de Porro, en raison non seulement de l'impossibilité où l'on était de faire la toilette antiseptique complète du péritoine, mais encore des difficulté énormes qu'aurait présentées, par suite du délabrement considérable des tissus, la confection d'un pédicule.

M. Secheyron présente un utérus double. Il provient d'une femme qui est morte, à l'Hôtel-Dieu, des suites d'une affection cancéreuse. Durant la vie de cette femme, on avait déjà constaté l'existence, sur le vagin, d'une cloison qui faisait saillie entre les lèvres.

A l'autopsie, on trouva un utérus cloisonné; la cloison utérine se continuait avec celle du vagin. La vessie ne présentait que deux orifices, celui de l'urèthre et *celui de l'uretère gauche*. Pas d'orifice urétéral à droite. Au point de la surface externe de la vessie correspondant à peu près au siège habituel de l'orifice absent, était accolée une sorte de cordon fibreux, qui remontait assez haut et se perdait dans les tissus. A droite, on ne trouva pas de rein. En revanche, celui du côté gauche avait presque le double du volume normal. Entre l'utérus et le rectum, existait une masse cancéreuse. Ovaires normaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 janvier 1886.

M. Pozzi présente une malade qu'il a opérée pour une **hématocèle rétro-utérine**. Il a suivi la voie abdominale et fait une incision analogue à celle que l'on pratique pour la ligature de l'iliaque externe. Il a ensuite décollé le péritoine de la fosse iliaque gauche et a ouvert la tumeur hématique dans sa partie postérieure. Après avoir enlevé, avec une cuiller ordinaire, une grande quantité de liquide et de caillots, il a établi un double drainage par le vagin et par la voie abdominale, et pu, de cette façon, assurer l'antisepsie de la poche. La malade a parfaitement guéri. La guérison a été un peu retardée par un examen intempestif qui avait provoqué une poussée inflammatoire.

Séance du 20 janvier 1886.

M. Desprès relate un cas de **rétention du sang menstruel**. Une jeune fille, âgée de 14 ans 1/2, entre dans son service le 26 juillet dernier,

pour une tumeur abdominale. L'inspection du ventre fait, en effet, constater la présence d'une tumeur qui soulève la cicatrice ombilicale et écarte les muscles droits. La situation apparente de cette tumeur autorise à penser qu'elle s'est peut-être développée aux dépens de l'ouraque. On ne constate rien ni dans les flancs, ni dans l'hypogastre. Un des médecins qui ont examiné la jeune fille a, néanmoins, émis l'idée qu'il s'agissait peut-ê:re d'une rétention des règles. En tout cas, *il n'y avait jamais eu d'écoulement menstruel*. M. Després, pour des raisons faciles à concevoir, ne fit pas l'examen des organes génitaux. Il pratiqua une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide sanguin dans lequel l'examen microscopique fit voir des hématies et des cellules embryonnaires. La jeune fille quitta l'hôpital au bout d'un certain temps, mais elle y rentra au mois de novembre. L'état était resté à peu près le même ; on constata seulement qu'une tumeur de petit volume s'était surajoutée à la masse principale. Le 4 décembre, perte de sang par le vagin. La tumeur diminua, et l'écoulement se prolongeant, elle disparut. Par le toucher vaginal et rectal, on trouva un col long et effilé, ce qui permit d'attribuer les phénomènes observés à une imperforation du col et à la rétention consécutive des menstrues.

M. Desprès attire l'attention sur les particularités suivantes :

Il est d'abord assez remarquable qu'une tumeur, absolument utérine, ait pu donner le change au point de faire croire à une tumeur ombilicale. De plus, il est rare d'observer ces tumeurs, par rétention des menstrues, à un âge aussi peu avancé. Enfin, il faut noter la terminaison heureuse et spontanée de ce cas. D'ailleurs, elle ne constitue pas un fait isolé, car il en a retrouvé quatre semblables dans les auteurs. Or, il est bon de les opposer aux résultats fournis par les interventions chirurgicales, qui sont souvent dangereuses, parfois même mortelles. Quant à l'illusion qu'il s'agissait d'une tumeur ombilicale, elle était peut-être due à ce qu'on avait affaire à un utérus bicorne ; le sang se serait accumulé dans l'une des cornes utérines.

M. Sée. La conduite de M. Després a été prudente et l'événement l'a justifiée. Néanmoins, il ne faudrait pas trop la généraliser ; car, dans certains cas, l'issue n'est pas aussi heureuse et des accidents forcent le chirurgien à intervenir. Quant à la ponction, elle ne pouvait rien donner, ayant été faite avec un trocart capillaire ; pour qu'elle fût réellement utile, il eût fallu se servir d'un trocart de calibre moyen.

M. Trélat est absolument d'avis que, tant qu'il n'y a pas d'accidents, il faut abandonner les choses à la nature. Mais, comme M. Sée, il trouve la conclusion de M. Després trop absolue. Trop souvent, en effet, la nature ne suffit pas pour arranger les choses, et l'apparition d'accidents force la main du chirurgien. M. Després, pense-t-il, compare à tort ces cas compliqués avec ceux qui sont dépourvus de toute espèce de complications et pour lesquels on a le droit et le devoir d'attendre une terminaison naturelle.

M. Després reconnaît qu'il se rencontre des cas où l'intervention chirurgicale devient indispensable. D'ailleurs, il a simplement voulu dire qu'il considérait comme sage de temporiser aussi longtemps que possible. En outre, s'il a fait une ponction capillaire, c'est, qu'ignorant la nature de la tumeur, il n'a pas voulu exposer la malade aux dangers d'une ponction pratiquée avec un gros trocart.

Séance du 3 février 1885.

M. Lucas-Championnière lit un rapport sur une observation **d'amputation de Porro,** pratiquée par M. Delaissement (de Saint-Quentin) chez une femme rachitique ayant un diamètre promonto-sous-pubien de 5 centimètres. L'opérée guérit en quelques jours. Aussi M. Delaissement se déclare-t-il partisan de l'opération de Porro faite comme dans son cas, suivant le procédé de Muller. M. L. Championnière est, au contraire, d'avis que ce procédé de Muller ne saurait être recommandé, en raison de l'énorme plaie abdominale qu'il nécessite. Quant à la supériorité de l'opération de Porro sur l'opération césarienne classique, c'est là une question qui n'est pas, à l'heure actuelle, définitivement résolue. En faveur de la première, M. Delaissement a pu réunir 38 cas qui donnent pour la mortalité 36,84 p. 100. Mais les statistiques récentes de Godson portent sur un nombre de faits beaucoup plus grand; 152 avec 86 morts pour 66 guérisons, d'où 56 p. 100 comme chiffre de mortalité. On voit que si l'opération césarienne, durant une centaine d'années, s'est toujours montrée fatale à Paris, l'opération de Porro a donné, dans ces derniers temps, 50 p. 100 de guérisons en moyenne. Mais ces résultats sont-ils bien comparables ? Non. La plupart des femmes qui avaient subi l'opération césarienne mouraient de péritonite, de septicémie. Celles qui meurent après l'opération de Porro sont emportées, le plus souvent, par des accidents de nature réflexe. Or, on peut espérer, grâce aux précautions

antiseptiques, prévenir, dans la plupart des cas, les accidents de septicémie et, par conséquent, atténuer aussi l'ancienne gravité de l'opération césarienne. De plus, il n'est pas habituel d'observer après celle-ci les phénomènes réflexes observés après l'opération de Porro, laquelle d'ailleurs expose à des accidents éloignés (Daucour). Après l'opération césarienne, le rétablissement serait plus complet (Daucour); mais l'éventration est aussi fréquente, et, surtout, la possibilité de nouvelles grossesses expose les femmes à des accidents formidables.

Toutes choses bien considérées, M. L. Championnière avait été conduit à penser que, bénéficiant des avantages de la méthode antiseptique, l'opération césarienne pourrait donner des résultats plus favorables que l'opération de Porro; et l'occasion s'étant présentée, il la pratiqua. Malheureusement, son opérée mourut précisément de ces accidents nerveux réflexes qu'il tenait pour la complication la plus fréquente et la plus grave de l'opération de Porro. En présence d'une pareille terminaison, il serait plus porté aujourd'hui à pratiquer cette dernière.

Il est néanmoins très difficile de se prononcer, à l'heure actuelle, d'une manière définitive sur le mérite relatif des deux méthodes. Cependant, il croit que l'opération césarienne, d'une exécution beaucoup plus facile, doit être conseillée de préférence aux médecins qui sont peu familiarisés avec la chirurgie abdominale. Au contraire, à la ville, à l'hôpital, toutes les fois qu'il y aura des chances pour que l'infection soit déjà accomplie, ou bien lorsque les conditions pour la réunion de la plaie utérine ne paraîtront pas favorables, c'est à l'opération de Porro qu'il faudra recourir.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN.

Séances du 13 et du 27 novembre 1885.

Présentations. — 1° Dr A. Martin. Un **lithopædion.** Femme âgée de 52 ans; deux accouchements antérieurs. En août 1872, suppression des règles; la femme se crut enceinte. En 1873, elle se présenta à la policlinique; diagnostic : *grossesse extra-utérine, enfant vivant.* La femme refusa toute espèce d'opération; l'enfant succomba. En novembre 1885, elle revint, décidée à subir un traitement chirurgical

pour des accidents abdominaux qui augmentaient très rapidement. L'extraction du lithopædion, qui gisait sur le rein droit, fut facile. Bien plus laborieuse fut l'extirpation d'une tumeur adhérente de tous côtés et qui remplissait la moitié droite du bassin. Il existait une pyo-salpingite, la trompe était située dans une sorte d'infundibulum qui correspondait vraisemblablement au siège primitif du placenta et de l'œuf. On ne constata, néanmoins, aucun vestige certain du placenta. Convalescence tout à fait régulière.

2° Dr Kretschmer. Des **pièces pathologiques provenant d'un avortement.** Femme âgée de 40 ans ; huit accouchements antérieurs ; pas de fausses couches. Réglée depuis l'âge de 12 ans. Le 15 août 1885, elle fut exposée à une forte averse ; refroidissement, à la suite duquel apparaissent des douleurs abdominales. *La femme a néanmoins ses règles à la date habituelle.* Pas de phénomènes subjectifs de grossesse. En septembre, métrorrhagie abondante. La violence de la perte et les signes objectifs ne laissèrent alors aucun doute ; c'était un avortement qui se faisait. On essaya de le terminer ; mais on ne put extraire qu'un fœtus *incomplet*, *de quatre mois* environ, qui était complètement putréfié et macéré. La jambe droite, séparée du tronc, fut expulsée après lui. L'écaille occipitale et le placenta restaient dans la matrice. La sage-femme ayant fait, on ne sait pourquoi, une injection avec une solution phéniquée très forte qui avait produit des ulcérations vaginales, le Dr Kretschmer dut renoncer à des tentatives plus complètes d'extraction. Les douleurs et l'hémorrhagie ayant cessé, la femme considéra l'avortement comme absolument terminé et elle reprit ses occupations habituelles. Le 25 novembre, à l'occasion de grandes fatigues, elle eut de fortes douleurs et perdit une quantité considérable de sang. Le lendemain, les douleurs et l'hémorrhagie étaient plus violentes ; le Dr Kretschmer put extraire le placenta et l'écaille occipitale, qu'il trouva très haut, dans le vagin. Il enleva, avec la curette tranchante, et après anesthésie chloroformique, les derniers cotylédons placentaires. Dès lors, la matrice entra en contraction et l'hémorrhagie s'arrêta.

3° Dr Schrœder. Un **utérus** ayant appartenu à une femme chez laquelle, dans l'espoir de sauver l'enfant, il pratiqua l'*opération de Freund pour un carcinome du col ayant déjà envahi le segment inférieur de la matrice et compliquant le travail.* Malheureusement, l'enfant, qui naquit en état de mort apparente, ne put être ranimé.

Quant à l'opérée, elle mourut, cinq heures après l'opération, de péritonite. L'exsudation péritonéale contenait un nombre considérable de streptococcus.

Le Dr E. Cohn traite de l'**opportunité des opérations dans les cas de tumeurs malignes de l'ovaire.** La plupart des auteurs considèrent, non seulement l'ovariotomie, mais même l'incision exploratrice, comme étant, lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes de l'ovaire, presque toujours d'un pronostic très grave ; Cohn a utilisé, avec l'intention d'élucider ce point, les matériaux cliniques de la clinique des femmes de Berlin. Durant l'espace de vingt années, le professeur Schrœder a fait 100 opérations dans les conditions indiquées, 86 opérations complètes et 14 incisions exploratrices.

En ce qui concerne le diagnostic des tumeurs malignes, Cohn déclare n'avoir rien de bien nouveau ni d'important à indiquer. Absolument ennemi de la ponction comme moyen de diagnostic, il se déclare, au contraire, tout à fait partisan de l'incision exploratrice, et ajoute qu'il faut immédiatement la faire suivre de l'extirpation totale de la tumeur, quand cette dernière est indiquée.

Résultats obtenus : sur ces 100 opérées, 17 succombèrent aux suites mêmes de l'opération, dont 3 après une incision exploratrice. En résumé, si l'on tient pour guéries les femmes qui, après l'opération, ont présenté un état parfait de santé pendant au moins un an et celles qui n'ont eu des récidives qu'à une date plus tardive, il y a eu, pour les 86 opérations complètes, 19,5 p. 100 guérisons et 17,3 p. 100 récidives.

Causes de la mort :

Septicémie	7 fois.
Hémorrhagie secondaire et occlusion intestinale	2 —
Choc	5 —
Collapsus	5 —

L'époque de la récidive, à ne considérer que les cas les plus favorables de sarcomes et les cas les plus malins de tumeurs papillomateuses, varie entre quatorze mois et quelques semaines après l'opération. Certains faits permettent d'espérer un résultat relativement prolongé. Une femme, opérée par Martin, ne présenta aucune trace de récidive durant sept années. Dix ans après sa première opération, elle fut de nouveau opérée par Schrœder et vécut encore un an et demi. Dans un autre cas, la récidive n'eut lieu qu'après trois années.

On est donc autorisé à admettre que, les deux fois, il y avait eu parfaite guérison et que la mort fut amenée par une dégénérescence carcinomateuse, en réalité, primitive du deuxième ovaire.

Étant donnée la triste situation dans laquelle sont antérieurement les malades, les résultats de l'opération sont si satisfaisants qu'*il paraît rationnel d'opérer les tumeurs malignes, alors même qu'elles sont à une période avancée de leur évolution, toutes les fois que l'opération est faisable*. Bien que temporaires, les résultats obtenus sont presque toujours relativement très favorables.

A propos du rapport qui existe entre les tumeurs ovariques malignes et bénignes, il faut dire que les 100 opérations dont on vient de parler appartenaient à une série de 600 ovariotomies. Il semble que, de toutes les tumeurs ovariques, 16,4 p. 100, en moyenne, sont ou deviennent malignes, mais un cinquième seulement de ces dernières appartiennent à des tumeurs solides malignes, d'emblée.

Conclusion : *quand il s'agit de tumeurs ovariques, toutes les fois qu'on peut diagnostiquer une tumeur soit solide soit de nature proliférante, il faut opérer et au plus tôt, car si l'on diffère l'intervention, on a six chances pour une de tomber sur une tumeur maligne.*

Dr P. Ruge. — Il ressort du travail du Dr Cohn qu'on doit, alors même qu'on suppose que l'on a affaire à des tumeurs malignes de l'ovaire, tenter la laparotomie. Mais la démonstration eût été sans doute plus nette si, au lieu de baser ses conclusions sur l'ensemble de ces 100 faits, il eût simplement dressé la statistique des cas dans lesquels on avait pu, avant la laparotomie, poser le diagnostic de tumeur maligne. Les résultats obtenus dans ces cas spéciaux eussent plus nettement encore établi l'opportunité de l'intervention. M. Ruge rapporte quatre faits de sa pratique personnelle qui, bien que ne représentant qu'un matériel clinique insuffisant, semblent néanmoins prouver *qu'on doit faire la laparotomie, même si l'on a déjà conclu à l'existence d'une tumeur maligne*. Les malades peuvent, parfois, vivre encore plusieurs années, se rétablir (Lorenz), et être énormément soulagées.

Dr Cohn. — Assurément, un certain nombre de malades furent opérées sans qu'on eût fait le diagnostic de la tumeur maligne. Dans d'autres cas, au contraire, le diagnostic avait été nettement établi. Dire combien de fois il en fut ainsi, cela est impossible, parce que dans les observations les plus anciennes il n'existe aucune remarque à

ce sujet. Il est clair, en tout cas, que moins la tumeur sera développée, plus grandes seront les difficultés du diagnostic.

Dr A. Martin. — Sur 191 ovariotomies, 9 fois il a trouvé des tumeurs carcinomateuses, 3 fois des papillomes et 3 fois des tumeurs compliquées de péritonite chronique myxomateuse. En moyenne, un peu moins de 5 p. 100 de tumeurs carcinomateuses et, dans l'ensemble, 7 p 100 de tumeurs malignes. La différence de ces chiffres avec ceux présentés par M. Cohn tient à ce que, dès 1877, il conseillait d'enlever, aussitôt que possible, les tumeurs de l'ovaire. Des 9 opérées qui étaient atteintes de carcinomes de l'ovaire et du péritoine, 3 (1876, 1879, 1880) moururent des suites de l'opération; 3 (1880, 1882, 1885) succombèrent, deux mois après, à l'extension prise par le carcinome ; les trois autres vivent encore, elles ont donné récemment des nouvelles favorables de leur santé ; mais une seule d'entre elles est opérée depuis plus de deux ans. En outre, il a, 18 fois, pour des carcinomes de l'ovaire et du péritoine, fait l'incision exploratrice, 3 fois la ponction exploratrice : 2 de ces malades, opérées dans des conditions désespérées, moururent peu après l'opération ; les autres purent être congédiées, notablement améliorées. Ces faits sont en contradiction avec l'opinion très souvent émise dans les livres, de la gravité de l'incision exploratrice, tout au moins pour les cas de cancers. D'ailleurs, on doit, aussitôt qu'on a constaté l'impossibilité d'une opération complète, refermer immédiatement le ventre, car les opérations partielles aggravent beaucoup les conséquences de l'intervention.

Le Dr Duvelius a pratiqué deux fois la laparotomie pour des tumeurs malignes de l'ovaire. — 1er cas. Il s'agissait d'un papillome. Les deux ovaires étaient pris. En dépit du caractère de malignité du néoplasme, le tissu morbide fut enlevé. Péritoine et ganglions paraissaient sains. La malade mourut d'une récidive cinq mois après l'opération. Le diagnostic de tumeur maligne avait été posé avant l'intervention. — 2e cas. Incision exploratrice. En raison de l'étendue et des connexions de la néoplasie, on renonça à une opération plus complète. Le ventre fut refermé. L'opérée supporta très bien l'intervention ; elle mourut neuf mois après environ.

Dr Schrœder. — D'une façon générale, qu'il s'agisse de carcinomes ou de tumeurs papillomateuses, il est impossible de faire de bonne heure le diagnostic de malignité. Lorsque ce diagnostic devient possible, il est, la plupart du temps, bien tard pour opérer. Dans ces

derniers temps, M. Schrœder a pris l'habitude d'opérer à peu près toutes les tumeurs qui se présentent à lui et de faire l'opération beaucoup plus tôt qu'autrefois.

Une autre question doit se poser. Sera-t-il possible d'enlever tous les tissus atteints ? A ce point de vue, la constatation de masses nodulaires, soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit sur l'épiploon, a une signification très importante. Néanmoins, il faut toujours tenter l'opération. Même dans les cas où l'on n'a pas le droit de compter sur une opération radicale, il faut pratiquer la laparotomie. On doit la faire dans l'intérêt des malades, qui arrivent à avoir pleine conscience de leur état et qui d'ailleurs peuvent, au moins pour quelque temps, être soulagées par la disparition de l'ascite. L'incision exploratrice mérite d'être considérée comme étant absolument inoffensive ; au contraire, toutes les opérations incomplètes sont extrêmement dangereuses, et on ne saurait trop les déconseiller. (*Centralbl. für Gynæk.*, n° 50, 1885, et n° 1, 1886.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 13 *janvier* 1886.

M. le D^r^ Herman s'occupe de la **pathogénie de la déformation osseuse qui caractérise le bassin oblique ovalaire de Nœgelé.** Quelle que soit la nature de l'affection originelle, elle entraîne l'atrophie du sacrum et la destruction partielle de l'os iliaque du côté atteint. L'opinion de Duncan, que la déformation pelvienne est la conséquence de l'ankylose de l'art. S. I., n'est pas fondée. Cette déformation dépend des trois circonstances étiologiques suivantes : 1° *le poids du corps ;* 2° *l'action des muscles et des ligaments ;* 3° *la tendance naturelle qu'ont les os à prendre en se développant une forme particulière.* La dernière joue le rôle le plus actif. En seconde ligne, arrive le poids du corps. Dans les bassins de Nœgelé, les os conservent cette tendance à prendre une forme spéciale ; en cela, ces sortes de bassins se distinguent des bassins rachitiques et ostéomalaciques.

Le poids du corps est transmis sur la tête des fémurs par les os iliaques. La pression exercée contre la cavité cotyloïde par les extrémités fémorales tend à reporter ces cavités en haut et en dehors. Ce

mouvement ascensionnel et excentrique est démontrée par l'expérimentation et par les faits pathologiques. La forme spéciale du bassin, dit de Nœgelé, est due à l'inégalité des pressions supportées par les cavités cotyloïdes. L'effort excentrique est plus accusé du côté sain ; aussi la cavité cotyloïde correspondante est-elle plus reportée en dehors en même temps que la symphyse pubienne est elle-même attirée davantage de ce côté. La portion iliaque du détroit supérieur est également moins comprimée que dans les bassins normaux, parce que la pression exercée par les fémurs est dirigée, moins directement, en haut.

L'auteur appuie ces données sur de nombreuses mensurations. D'après lui, le développement incomplet du sacrum et de l'os iliaque, et non l'ankylose, constituent la lésion capitale. Il cite plusieurs cas où l'obliquité anormale existait sans qu'il y eût ankylose ; et d'autres où l'ankylose et l'obliquité coïncidant, le degré de l'obliquité était proportionné à la largeur du sacrum.

Discussion : MM. Duncan Champneys, Griffith.

M. le Dr Braithwaite relate un cas de **laparotomie pour une grossesse extra-utérine, le placenta ne fut jamais expulsé.** Il avait, grâce à la laparotomie, pu retirer un enfant à terme, parfaitement développé et mort depuis trois semaines. Le placenta qui coiffait, pour ainsi dire, la matrice et qui avait contracté des rapports avec les organes voisins, fut laissé en place. La plaie abdominale fut refermée, sauf dans sa partie inférieure, où fut placé le cordon ombilical. Or, le placenta, si ce n'est un tout petit fragment pesant à peine 1 gramme, ne fut jamais expulsé. Il a donc été résorbé, et, à ce point de vue, l'observation est unique dans la science.

M. le Dr Champneys pense que le titre donné par l'auteur à cette observation est plus exact que la description qu'il a faite. Le placenta n'a jamais été expulsé, cela est vrai, mais rien ne prouve qu'il ait été résorbé. Il a pu se développer et continuer à vivre, grâce aux connexions vasculaires contractées avec les autres organes.

M. le Dr G. Hervitt admet que le placenta a dû s'atrophier et être consécutivement résorbé, grâce aux mêmes connexions vasculaires. (*British. med. Journ.*, février 1886.)

Séance du 3 *février* 1886.

M. le Dr K. Thornton relate le fait suivant **d'ablation des deux ovaires pendant la grossesse.** X..., 22 ans, mariée, est au troisième mois

d'une grossesse. Avant qu'elle fût enceinte, elle était déjà très grosse. Actuellement, le volume du ventre n'est pas en rapport avec la date présumée de la grossesse. On sent d'ailleurs manifestement, par la palpation, une tumeur volumineuse, fluctuante et qui grossit très rapidement. Diagnostic : *tumeur ovarique compliquant la grossesse.* Laparotomie, le 4 février 1885. Les deux ovaires, qui sont le siège de tumeurs dermoïdes, sont enlevés. Heureuse et rapide convalescence. L'accouchement a lieu prématurément, à huit mois. Travail simple, lochies normales. Enfant bien vivant, la mère a assez de lait pour le nourrir elle-même.

L'examen permit de constater que l'utérus était en état d'atrophie. En outre, l'accouchée présenta les mêmes malaises qui signalent d'ordinaire l'établissement de la ménopause.

M. le Dr Williams rappelle que, dans une note lue en 1884 à la Société, il a décrit un cas d'involution de l'utérus, durant l'état puerpéral, chez une femme privée de ses ovaires. Chez cette femme, l'ovaire gauche avait été enlevé plusieurs années auparavant; le droit, au contraire, ne l'avait été que peu après le début du travail. On conçoit que le processus d'involution ait pu, dans ce cas, être influencé par cette intervention au moment du travail, mais il n'en est pas de même pour celui de M. Thornton, où elle a eu lieu plusieurs mois avant.

M. le Dr Routh fait remarquer que l'atrophie de l'utérus n'empêche pas la lactation de se faire. Il cite le fait rapporté par Livingstone *que les femmes des rois d'Afrique n'ont pas le droit d'allaiter leurs enfants ;* ce soin étant considéré pour elles comme une véritable dérogation. Le nouveau-né est allaité par la grand'mère. Grâce à l'action produite par des plantes qu'on applique sur les seins et sur les parties génitales, ces femmes arrivent à avoir une quantité de lait suffisante pour nourrir. Il cite aussi des exemples, bien authentiques, d'hommes qui ont pu allaiter des nouveau-nés. Il ne croit pas qu'il existe une relation directe entre l'ovulation et la menstruation ; ces deux fonctions, au contraire, lui paraissent très indépendantes l'une de l'autre.

M. Duncan voit dans la ponction la meilleure méthode de traitement des kystes para-ovariques. Elle présente moins de danger que l'ovariotomie et se montre souvent curative. L'ablation d'ovaires, atteints de petites productions papillomateuses, est entourée de nombreuses difficultés. Aucune opération, quelle qu'elle soit, ne peut guérir quand une affection maligne a envahi plusieurs régions du péritoine. T.

Smith a émis l'idée que le commencement du travail était le résultat d'une fonction de l'ovaire. Cette idée est rendue presque insoutenable aujourd'hui par le cas de M. Thornton. Mais il ne doute pas qu'il existe une relation étroite entre les ovaires et la menstruation. (*Brit. med.*, 20 février 1886.)

D[r] R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK.

Séance du 15 Décembre.

Menstruation continuant à 70 ans. — Le D[r] T. A. EMMET, raconte qu'il connaît une dame actuellement âgée de 70 ans ; qui a été régulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans, sauf pendant ses grossesses et pendant quelques années, entre 45 et 50 ans, et qui présente encore un écoulement mensuel ; elle est fort bien portante, il ne l'a pas examinée.

A une question du D[r] MUNDÉ, président, Emmet répond qu'il ne croit pas que l'ovulation continue à se faire ; il n'a jamais vu l'ovulation, prouvée par une grossesse, continuer au delà de 55 ans (1).

Le D[r] MURRAY cite le cas d'une dame de 51 ans, fort irrégulière depuis quelque temps, devenue enceinte à cet âge ; elle croyait être arrivée à la ménopause.

Le D. B. M. EMMET parle d'un cas absolument semblable à celui qu'a cité son homonyme.

Le D[r] PARTRIDGE a trouvé **un calcul dans le bassinet du rein d'une enfant de 20 mois** ; ce calcul est gros comme une noisette. La petite malade mourut d'une pneumonie croupale.

Le D[r] COE raconte l'histoire d'une jeune dame tout nouvellement mariée, qui présente à chaque époque une **hystéro-catalepsie d'origine obscure**. Les organes génitaux sont sains.

Le D[r] MUNDÉ a vu plusieurs cas semblables ; il est disposé à les attribuer au tiraillement soudain subi par des adhérences pelviennes ; cependant, à une question du D[r] JANVRIN, il répond que ces attaques

---

(1) C'est aussi l'opinion de F. Barker, cité par Barnes (*Obst. med. and Surg.*, t. I, p. 317). (A. C.)

ne sont pas périodiques, et ne coïncident pas avec les règles. Elles peuvent être causées par la chute dans le péritoine de quelques gouttes de pus échappée aux trompes.

Le D[r] Wylie cite un cas à l'appui de cette opinion.

Le D[r] Emmet croit que la rupture d'un petit vaisseau sanguin (dans la trompe, sans doute) doit être assez fréquente au moment des règles.

Le D[r] Gillette raconte un cas d'**accouchement normal chez une femme atteinte d'anévrysme de l'aorte abdominale.** La malade se mit entre les mains d'un *abotioniste* qui échoua. Elle fut accouchée avec le forceps, dans le sommeil chloroformique.

Le D[r] Lee cite le cas d'une dame qui avait à la fois un anévrysme abominal, un fibrome sous-péritonéal et un rein flottant; il la fit entrer à l'hôpital pour tenter la guérison de l'anévrysme en le découvrant par une incison abdominale, et par l'introduction d'un fil de nickel qui aurait amené la coagulation du sang dans le sac. Mais, à mesure que le fibrome augmentait, l'anévrysme diminuait. Il semble que la pression de la tumeur ait été la cause de la diminution du volume de l'anévrysme et de la coagulation partielle du sang.

A une question du D[r] Hanks, le D[r] Gillette répond que sa malade n'a pas pris d'iodure de potassium et n'avait pas la syphilis.

Le D[r] Janvrin n'est pas partisan, dans ces cas, de la provocation de l'accouchement prématuré.

Le D[r] Dew raconte l'histoire d'une femme sur qui l'on fit l'opération césarienne, à la fin du premier stade du travail; elle était moribonde. Elle succomba, et on trouva un anévrysme de l'artère splénique qui avait éclaté pendant les efforts.

Le D[r] Polk croit, qu'en effet, ce sont les efforts qui constituent le danger.

Le D[r] Janvrin craint autant les efforts dans l'accouchement prématuré qu'à terme.

Le D[r] Gillette de même.

Opération d'Alexander. — Le D[r] Polk raconte un cas de succès.

Le D[r] T. A. Emmet a vu Alexander faire son opération sur trois femmes, déjà opérées par lui. L'utérus, quoique antéversé, tombait aussi bas que s'il était resté en rétroversion.

Le D[r] Mundé a fait deux fois encore l'opération d'Alexander; il a réussi une fois; dans le second cas, il n'a pu trouver les ligaments.

Le Dr HANKS semble croire qu'un repos au lit, pendant quelques semaines, l'utérus étant maintenu dans une bonne position, pourrait suffire et permettre d'éviter l'opération.

Le Dr POLK ne trouve pas qu'il soit malaisé de trouver les ligaments.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 5 novembre 1885.

Le Dr JOHN M. KEATING lit un mémoire sur **la leucémie lymphatique des enfants**. Son traitement repose principalement sur l'administration de l'acide gallique, de l'ergot, de la quinine, du citro-chlorure de fer et de la digitale. A une question du Dr GOODELL, l'auteur répond que dans le purpura, il se produit une exsudation des globules sanguins dans le corps muqueux et dans la couche papillaire de la peau; dans la leucémie les hémorrhagies sont peut-être dues à une diapédèse, ou à une rupture des capillaires.

Le Dr GOODELL relate une **oophorectomie** faite pour une **ovarialgie**. La malade, qui pesait 236 livres, était réduite à 116 livres au bout de quatorze mois. Les ovaires étaient kystiques. Excellent résultat; Goodell n'en croit pas moins qu'on pratique trop souvent l'oophorectomie.

Il rapporte aussi une **oophorectomie** faite pour un **fibrome utérin accompagné d'hémorrhagie**. Quarante-sept jours après l'opération, Goodell trouva les tumeurs déjà diminuées et constata une diminution dans le volume de l'utérus.

Dans quelques-uns des cas opérés par le Dr MONTGOMERY, les tumeurs n'ont diminué que lorsque la ménopause s'est établie, parfois au bout de deux ans. Lorsqu'on ne peut mieux faire, on doit lier les vaisseaux nourriciers de la tumeur.

Le Dr BAER préfère l'oophorectomie toutes les fois qu'elle est possible.

Le Dr MONTGOMERY présente, de la part du Dr WARDER, une **grosse tumeur ovarique** dont le contenu était épais et obstruait le trocart.

La cocaïne en gynécologie. — Le Dr Ch. H. THOMAS fait un grand

éloge de ce remède, qu'il a d'abord employé en ophthalmiatrie. Il diminue l'inflammation ; les tissus sur lesquels on l'applique pâlissent et se resserrent ; ces effets sont plus durables que l'anesthésie qui les accompagne. L'auteur se sert d'une solution à 4 p. 100, qu'il stérilise par l'addition de 3 p. 100 d'acide borique. Son prix a diminué, on ne le paye plus que 50 centimes le grain (6 centigrammes) de chlorhydrate. Thomas s'en loue fort dans les cas où le col est sensible et saigne aisément. Son application permet d'enlever aisément les excroissances uréthrales ; elle facilite la dilatation artificielle de l'urèthre ou du col ; elle facilite la cautérisation des chancres ; peut-être serait-elle utile dans la dysménorrhée. Dans un cas de vomissement gravidique, Thomas a échoué, mais il a réussi parfaitement dans un cas de vaginisme et d'hyperesthésie vaginale.

Le Dr KEATING a employé le salicylate de cocaïne dans la diphthérie, ce qui permet aux malades de supporter les topiques nécessaires.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Séance du 27 novembre 1885.

Le Dr JOHN BARTLETT parle des **propriétés toxiques du sassafras**, employé comme abortif. Une femme enceinte, qui ne connaissait pas sa propriété ectrotique et désirait avoir un enfant, faillit avorter pour en avoir pris quelques tasses.

Ses effets ressemblent à ceux de l'opium, de la strychnine et de l'ergot.

Le Dr E. W. SAWYER dit que, dans la Nouvelle-Angleterre, le sassafras est un emménagogue populaire.

Le Dr H. T. BYFORD croit que l'huile de sassafras agit plutôt localement sur le tube digestif, par lequel il est excrété, que sur les centres nerveux utérins.

Le Dr Ch. W. EARLE présente, de la part du Dr J. HAVEN, un fœtus de 3 mois qui ressemble à un petit chien. La mère, âgée de 19 ans, détestait les chiens ; elle « faisait une scène » chaque fois qu'elle en rencontrait. Un chien sauta sur elle pendant sa grossesse.

(*Résumé*, d'après l'*Amer. Journ. of Obst.*, 1886, page 152, par A. CORDES.)

REVUE DES JOURNAUX

Recherches relatives à l'état de la température et aux indications de la calorification artificielle chez les enfants nés avant terme. (Untersuchungen bezüglich der Temperaturverhältnisse und der indicationen der Künstlichen erwärmung frühzeitig geborener kinder), par le Dr J. Erőss. — L'auteur s'est proposé d'étudier l'opportunité de l'emploi de la calorification artificielle chez les enfants nés avant terme, en se basant sur la notion de la marche de la température pendant les premiers jours qui suivent la naissance. C'est une pratique courante de les placer dans des appareils spéciaux de colorification. On est conduit à admettre, *a priori*, que chez ces enfants la nutrition est languissante, que les échanges nutritifs se font lentement et que la température, qui est l'expression même de l'activité cellulaire, a une tendance naturelle à baisser; qu'ils sont, en un mot, mal armés contre les influences extérieures, et, qu'avant tout, il faut les secourir contre le refroidissement. Eh bien! l'auteur a précisément recherché si cet emploi, presque systématique, de la chaleur artificielle, était sanctionné par les phénomènes cliniques. Les résultats auxquels il est arrivé sont intéressants, un peu imprévus peut-être, et ils lui ont permis de formuler des conclusions qui ont une portée pratique incontestable.

Il a étudié la marche de la température chez *les enfants nés avant terme*, pendant les huit jours qui suivirent la naissance. La température a été relevée trois fois par jour : le matin, à midi, dans la soirée. En outre, elle a toujours été prise immédiatement après le premier bain, c'est à-dire une demi-heure environ après la naissance. Les recherches ont porté sur 50 enfants. En tout, 1.150 relevés de la température.

Les enfants ont été divisés en trois groupes :

A. — *Enfants nés avant terme*, mais bien portants ou, du moins, n'ayant pas eu d'affection qui ait pu influer d'une manière notable sur la marche de la température.

B. — *Enfants nés avant terme*, ayant eu des températures fébriles en rapport avec une affection quelconque.

C. — *Enfants nés avant terme,* ayant à peu près constamment présenté de l'hypothermie.

A. — 19 enfants.

Les données thermométriques, combinées aux renseignements fournis par les pesées faites avant et après les tetées, montrent qu'ils produisent, dès leur naissance, par eux-mêmes, une assez forte quantité de chaleur. Que, grâce à un emmaillottement convenable, ils peuvent assez bien équilibrer la production et la perte de chaleur pour maintenir leur température dans les mêmes limites où on la voit se tenir chez les enfants nés à terme et bien portants. Il semble en outre que si, chez ces enfants, l'activité de la nutrition, appréciée d'après les résultats fournis par les pesées, n'est pas absolument parfaite, elle est, du moins, assez active pour les mettre à l'abri des chutes excessives ou dangereuses de la température. *L'emploi de la calorification artificielle n'était donc pas indiqué.*

Le poids du corps, pour ces 19 enfants, variait, immédiatement après la naissance, entre 1,900 et 2,600 grammes, moyenne : 2,400 gr.; moyenne à la fin du quatrième jour : 2,363 gr.; moyenne à la fin du huitième jour : 2,340 gr.; perte de poids à la fin du huitième jour, moyenne : 60 grammes.

B. — 18 enfants.

Poids après la naissance : 2,060-2,700 grammes; moyenne : 2,410 grammes.

On observa chez ces enfants, comme conséquence de diverses affections (dyspepsie, diarrhée, infection septique), des températures fébriles qui se prolongeaient plus ou moins, suivant l'intensité de l'affection. *Mais jamais, durant la période apyrétique, la température ne tomba assez bas pour que l'emploi des appareils de colorification fût indiqué.*

C. — 13 enfants.

Poids immédiatement après la naissance, moyenne : 2,158 grammes; à la fin du quatrième jour, moyenne : 2,033 grammes; à la fin du huitième jour, moyenne : 2,051 grammes.

Ils présentèrent presque constamment de l'hypothermie; la température ne s'éleva que de loin en loin à la normale. Deux moururent le troisième jour; un autre, le cinquième jour. L'un d'eux, qui à sa naissance pesait 2,090 grammes, avait perdu 190 grammes lorsqu'il quitta l'hôpital le neuvième jour. Un autre, qui pesait 1,870 grammes lorsqu'il vint au monde, avait perdu 380 grammes après le

même emps. *Chez ces enfants, la calorification artificielle était nettement indiquée.*

En résumé, si l'on se fonde sur ces recherches, on voit que *l'emploi des appareils spéciaux de colorification n'était indiqué que dans le quart des cas.*

Quelles sont les données qui peuvent servir à diriger l'emploi de ces appareils? *L'âge de la grossesse, le poids du corps, l'activité de la nutrition, l'état de santé ou de maladie, enfin, la marche de la température.*

Age de la grossesse et poids du corps. — Il ressort de la comparaison des enfants appartenant au premier et au deuxième groupe, que ces deux éléments peuvent, dans beaucoup de cas, fournir de bonnes indications. Mais on voit aussi que, parfois, ils induiraient en erreur. Ce sont, par conséquent, des données insuffisantes.

Activité de la nutrition. — Cette donnée l'emporte de beaucoup sur les précédentes. Mais l'appréciation exacte de cette activité exigerait, pour être exacte, des investigations multipliées qui la rendent très difficile, sinon impossible, à obtenir. Il est certain, abstraction faite des difficultés de cette détermination, que l'intensité des échanges nutritifs est *presque toujours* en rapport direct avec l'élévation de la température. Cependant, là encore, le parallèle des nouveau-nés appartenant aux deux groupes permet de relever quelques exceptions.

Etat de maladie. — Certaines maladies, le sclérème par exemple, se sont accompagnées d'hypothermie. D'autres, au contraire, ont amené des températures fébriles. De sorte que, si l'on voulait voir toujours, dans l'état de maladie, l'indication de la colorification artificielle, on risquerait quelquefois de surchauffer des enfants chez lesquels on doit, avant tout, recourir à la réfrigération.

D'où la conclusion : *seul, l'état de la température, et, par suite l'emploi du thermomètre, peut fournir l'indication précise de l'opportunité de la colorification artificielle.*

On peut se proposer deux choses quand on a recours à la colorification artificielle : ou bien empêcher qu'un enfant, qui d'ailleurs produit une quantité suffisante de chaleur, fasse une perte trop considérable de calorique, et, par suite, le préserver d'un refroidissement; ou parer à des températures hypothermiques en fournissant à l'organisme la quantité de calorique qui lui manque, chez des enfants qui, en raison

d'une affection antérieure ou actuelle, n'ont pas une nutrition assez active pour maintenir normale la température du corps. Il est, en tout état de cause, indispensable de connaître la température du nouveau-né, *parce que l'enfant, né prématurément, n'exige pas l'emploi d'un appareil spécial de calorification, par la seule raison qu'il est né avant terme;* mais parce que cet emploi devient indispensable, lorsque la température tombe à un niveau trop bas.

L'auteur, en terminant cet intéressant travail, dont nous n'avons donné qu'une partie, tient à faire remarquer qu'il est loin de considérer comme étant entièrement résolues, par les recherches qu'il a faites, toutes les questions physiologiques afférentes à l'état de la température. Il ne croit pas non plus que les arguments en faveur de la colorification artificielle et les limites dans lesquelles il faut l'employer, soient assez nettement définis pour les exigences de la science et les besoins de la pratique. Il a, avant tout, voulu démontrer que la connaissance de l'état de la température chez les nouveau-nés — envisagée dans ses rapports avec l'énergie des fonctions vitales et les états pathologiques — est absolument indispensable, si l'on veut arriver à poser des principes justes pour la pratique, à formuler des conclusions correctes et à définir les indications précises sur lesquelles doit toujours être basée l'application de la colorification artificielle. (*Arch. für Gynækologie.* Drittes H, p. 350, 1886.)

Contribution à l'étude de l'étiologie des tumeurs de la mamelle, par Lindnev. — Jeune fille, vierge, âgée de 16 ans. Depuis huit jours elle ressent, dans le sein gauche, des douleurs très vives qui ont succédé à un violent traumatisme de la mamelle. Jamais, auparavant, elle n'avait éprouvé la moindre sensation anormale. La mamelle, augmentée de volume dans sa totalité, est très sensible. Nulle trace de tumeur. Applications de compresses imprégnées d'eau blanche. Les douleurs cessent, mais le gonflement persiste; un bandage de diachylon n'est pas supporté.

Trois semaines après le traumatisme, des incisions sont pratiquées en plusieurs points. Pas une goutte de pus. Le tissu, qui fait hernie à travers les incisions, a un aspect tout à fait spécial. L'hypothèse qu'il s'agit d'une tumeur maligne se change en certitude, parce que, huit jours après, des masses prolifères bourgeonnent et s'échappent à

travers les plaies ; de plus, il existe une sécrétion de mauvaise nature. Sept semaines après le trauma, amputation de la mamelle. On trouve alors au milieu du tissu glandulaire une tumeur de la grosseur d'une petite pomme ; sarcome à cellules fusiformes. Durant cinq mois, la patiente se porte fort bien. Puis il se fait une récidive sur place qui nécessite une nouvelle opération. Seconde récidive ; la malade meurt dans le marasme un an après le début de l'affection. Les ganglions axillaires ne furent pris que quelques semaines avant la mort.

Le principal intérêt de cette observation est dans le fait du développement d'une tumeur maligne comme conséquence directe d'un traumatisme. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, n° 38, et *Cent. für. Gynæk.*, n° 52, 1885.)

Quelques cas observés à la clinique d'accouchement de Prague, dans le service du professeur H. Breisky, par Fleischmann :

1° **Utérus bicorne, cavité cervicale unique. Position transversale du fœtus. Accouchement le corps du fœtus plié en double. Rupture incomplète du corps de la matrice.** — 39 ans, onzième grossesse, présentation du tronc. Une sage-femme, en ville, rompt les membranes ; procidence du bras droit. Deux médecins font plusieurs tentatives infructueuses de version ; le jour suivant, la patiente est transportée à la clinique. Le bas-ventre est fortement distendu, la vessie pleine. En avant de la vulve, pend le bras droit, l'épaule droite ; la moitié latérale droite du thorax, une portion de sa face antérieure apparaissent à la vulve. Quelques contractions énergiques expulsent le tronc qui sort, plié en deux. Le placenta sort presque immédiatement ; il s'écoule une certaine quantité de liquide mélangé de nombreux caillots ; la vessie est complètement vidée par la pression abdominale. L'utérus présente alors, très nettement, la forme bicorne et une ensellure très accusée ; à celle-ci correspond une cloison qui se prolonge en éperon dans les deux tiers supérieurs de la cavité utérine. Au niveau de la corne gauche, on constate *une déchirure transversale qui intéresse à la fois les couches muqueuse et musculaire.* Enfant du sexe masculin. Poids, 3,490 grammes ; longueur, 57,7. Il a subi un commencement de putréfaction. Lavages intra-utérins ; suites de couches normales.

2° **Accouchement compliqué par l'existence d'un septum incomplet dans le conduit utéro-vaginal.** — F..., 23 ans, primipare. L'utérus présente une anomalie frappante. Situé sur la ligne médiane, ayant subi un mouvement de torsion vers la droite ; il paraît moins haut sur sa moitié latérale gauche que sur la droite. Entre les deux portions inégales, existe un sillon peu profond. L'hymen est représenté par une sorte de bourrelet continu. De l'orifice uréthral se détache un petit faisceau cylindrique de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, qui se dirige à gauche et en arrière pour aboutir au bord libre de l'hymen, d'où l'existence de deux orifices. A 1 cent. 1/2 environ au-dessus du ligament sous-pubien, part de la paroi antérieure du vagin un repli formé par la muqueuse, qui se dirige en haut et à droite, atteint le cul-de-sac antérieur et gagne le cul-de-sac postérieur, où il s'insère largement, après avoir contourné la portion vaginale du col. Ce repli de la muqueuse croise ensuite l'orifice externe qu'il divise en deux orifices secondaires à travers lesquels on sent la tête fœtale. Accouchement spontané, mais il a fallu pratiquer plusieurs incisions sur la bride hyménéale. Après l'accouchement, l'extrémité du septum cervical, déchiré, pendait à la vulve et fut réséqué.

Au moment où la femme quitta l'hôpital, on avait constaté l'existence d'un petit repli longitudinal qui, émané du repli vaginal, gagnait d'abord la paroi antérieure du col. Au niveau de la paroi postérieure, la hauteur de ce repli était plus considérable; de là, il se prolongeait sur le corps de l'utérus où il se transformait en une sorte de ligament courbe, dirigé en haut et à gauche, qui marquait les limites des deux cornes de l'utérus.

3° **Perception par le palper des battements fœtaux dans un cas de présentation de la face.** — Femme âgée de 35 ans, secondipare, parois abdominales flasques, pannicule adipeux médiocre, parois utérines peu épaisses. Présentation de la face, au détroit supérieur, dans le diamètre oblique gauche. A droite, et au point de réunion du tiers moyen et inférieur d'une ligne allant de l'ombilic au milieu du ligament de Poupart, on sentait très nettement par le palper les battements du cœur fœtal.

4° **Dystocie causée par une hypertrophie considérable de la portion vaginale.** — F..., 21 ans, primipare. Très bien portante durant la grossesse; mais, depuis quelques mois, elle avait constaté la présence d'une tumeur au niveau de la vulve. Diamètres externes du bassin,

grands; enfant vivant, position O. I. G. A. A l'orifice vaginal, se trouve une tumeur arrondie, du volume d'une noix, et pourvue, sur sa face supérieure, d'une petite ouverture transversale. La partie la plus élevée du cul-de-sac antérieur correspond au milieu de la symphyse pubienne; le cul-de-sac postérieur est situé à deux travers de doigt environ au-dessus d'une ligne passant par les deux tubérosités ischiatiques. La portion vaginale, très développée, très dure, mesure, de l'orifice externe au cul-de-sac postérieur, 6 centimètres. La tête, fixée au niveau du détroit supérieur, est coiffée par la portion supravaginale effacée. Douches vaginales chaudes, lavements opiacés, morphine. Douze heures après, le col était réduit à un moignon, très épais, très tuméfié, de 2 centimètres de longueur environ; le cul-de-sac antérieur affleurait au ligament sous-pubien ; le cul-de-sac postérieur était, au contraire, très fortement reporté en haut et en arrière. Rupture spontanée de la poche des eaux; bosse séro-sanguine médiocre. Six heures encore de contractions énergiques amènent une tuméfaction considérable de la portion du col située directement au-dessous de la tête, en même temps qu'une augmentation très accusée de la bosse séro-sanguine. Incisions sur la lèvre antérieure; bains chauds. Battements du cœur irréguliers. Ecoulement de méconium; incisions plus profondes. Cela ne suffisant pas, perforation. L'extraction avec le cranioclaste nécessita des incisions encore plus profondes. Amputation de la lèvre antérieure; suture.

Le bord libre du placenta, sur toute sa circonférence, dépassait de 2 centimètres environ l'anneau d'insertion de l'œuf. La caduque recouvrait entièrement le chorion. Durant les suites de couches, il se fit un écoulement remarquable. Cette circonstance fit penser que l'endométrium était le siège de phénomènes inflammatoires auxquels il fallait peut-être rapporter l'hypertrophie de la portion vaginale. Suites de couches normales. (*Centr. für Gynækologie*, n° 52, décembre 1886.)

Sur le traitement de l'inversion utérine, par G. Krukenberg. — On rapporte encore, de temps à autre, des cas d'inversion utérine dans lesquels les tentatives de réduction restèrent infructueuses et où il fallut pratiquer une opération. Dans d'autres circonstances, on obtint, il est vrai, cette réduction, mais au prix de l'application *prolongée* du kolpeurynter, application qui parfois fut le point de départ de phéno-

mènes fébriles. Certes il faut, pour expliquer l'insuccès, faire entrer en ligne de compte les particularités propres à chaque cas; cependant, d'un autre côté, il faut aussi accuser les défectuosités des procédés ordinaires de réduction, ainsi que j'ai pu m'en assurer chez une malade que je traitais pour une inversion invétérée de la matrice.

Il s'agissait d'une femme âgée de 26 ans, qui était accouchée, pour la deuxième fois, le 22 novembre 1884. Immédiatement après la naissance de l'enfant, elle avait été prise d'hémorrhagie violente, et s'était si bien évanouie qu'elle ne pouvait donner aucun renseignement sur ce qui s'était passé durant la période de délivrance. Le troisième jour, la sage-femme constata dans le vagin une tumeur qui, sous l'influence des efforts de défécation, arriva au-devant de la vulve. Le médecin, appelé, la ramena dans le vagin où elle fut longtemps maintenue à l'aide d'un pessaire de Zwanck. L'hémorrhagie cessa vers le septième jour, puis se reproduisit au bout de quelque temps, et dura quelques jours. Le pessaire fut retiré trois mois après son application; quant à la tumeur, elle ne sortait plus, mais la femme devait la maintenir dans le vagin durant l'acte de défécation.

La patiente entra le 12 novembre 1885 à la clinique de Bonn. — A ce moment, on constata une inversion complète de la matrice. Le col, complètement inversé, constituait un mince et dur pédicule, sur les côtés duquel on trouvait un petit relief qui correspondait à l'orifice externe. Le corps de l'utérus, présentait plusieurs ulcérations isolées et saignait facilement. Quand on exerçait des tractions sur lui, on déterminait une inversion de la partie supérieure du vagin.

Après anesthésie chloroformique de la patiente, on tente, avec la plus grande prudence, les diverses méthodes de réduction (Kiwisch, Sims, Emmet, Schröder); toutes échouèrent dans la réduction du col. On les abandonna, et après avoir désinfecté le vagin et l'avoir saupoudré d'iodoforme, on appliqua un kolpeurynter qui fut rempli d'eau. Mais, une heure après, la tension primitive de l'appareil n'existait plus, bien que le liquide ne se fût pas écoulé; vraisemblablement, le vagin s'était laissé distendre, et par suite, la pression et l'action de refoulement étaient devenues plus faibles. *Aussi, le kolpeurynter fut-il mis en communication avec un réservoir, placé très haut, et dont le robinet fut laissé ouvert. La pression employée fut maintenue entre 130 et 150 centimètres.* La patiente eut des douleurs, des tiraillements dans le ventre beaucoup plus accusés, et il lui devint impossible d'uriner spontanément.

Dans l'hypothèse que le kolpeurynter serait appliqué plusieurs jours, la vessie fut drainée avec un cathéter élastique. Le lendemain (13 novembre), après qu'on eut retiré préalablement le kolpeurynter, on constata que la matrice était plus molle et que la partie inférieure du col s'était dilatée. Le 14 novembre, la malade fut chloroformée pour la seconde fois. De nouveau les méthodes qui avaient été employées furent mises en usage; elles échouèrent. — Il en arriva de même avec les crochets qui, comme la première fois et conformément à ce qui a été signalé par les auteurs, ne servirent qu'à déchirer les tissus. — « Me plaçant alors à la droite de la malade, j'introduisis la main droite dans le vagin, de façon à placer le pouce dans la partie latérale gauche de la cavité cervicale. Saisissant alors la partie supérieure du canal cervical, entre le pouce et l'index, je la reportai en haut et en dehors; puis, fléchissant le pouce, je pus ainsi faire franchir à la partie la plus voisine du corps de la matrice l'anneau qui cédait maintenant. Toute la partie latérale gauche de l'utérus fut ainsi successivement réduite; après quoi, la réduction totale fut obtenue aisément. » La main restée libre avait facilité, par des pressions exercées sur la paroi abominale, l'exécution des manœuvres internes. Désinfection de la matrice et introduction de bandes de gaze iodoformée, d'après la méthode de Fritsch. — Température le soir de l'opération, 38,2. Les jours suivants, température normale.

La gaze iodoformée fut retirée le 17 novembre. Grâce à l'emploi de l'ergot, l'utérus se contracta, et la cavité cervicale ne permit plus l'introduction du doigt. — La patiente sortit guérie le 5 décembre.

Un des principaux avantages de la méthode employée dans ce cas consiste dans la réalisation d'une pression continue, qu'on peut régler, augmenter à volonté. Autant il convient de repousser les tentatives de réduction forcée, autant il est bon de recommander l'emploi du kolpeurynter qui, sans faire courir le moindre danger, amène la dilatation du canal cervical, en un temps minimum. Mais, toutes les fois qu'il est nécessaire d'employer une pression élevée, le cathétérisme de la vessie devient indispensable. Quant à la méthode manuelle qui a été suivie, elle permet de mieux dilater l'anneau, et de le replacer sans qu'il y ait jamais trois cercles de tissus superposés. Enfin, le tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée (Fritsch), dont j'ai pu moi-même constater, en d'autres circonstances, la puissante action antiseptique, met à l'abri des accidents fébriles et d'une inversion nouvelle. (*Central. für. Gynækologie*, n° 2, 1886.)

Kyste vaginal, par M. Tillaux. — Une femme entre à l'Hôtel-Dieu, où elle vient réclamer des soins pour une *tumeur du vagin*. Elle est âgée de 42 ans, a eu huit enfants et fait deux fausses couches, en tout dix grossesses. Rien de spécial à noter dans ses antécédents, en dehors de ce qui a trait à l'affection actuelle. C'est à la suite du premier accouchement qu'elle s'aperçut de l'existence de cette grosseur, qui s'était développée à son insu et qui continua à s'accroître sans provoquer de douleurs. Les choses marchèrent ainsi jusque dans les premiers mois de l'année 1884 ; à ce moment, la grosseur devint douloureuse, s'ouvrit en un point et donna lieu à un écoulement purulent. Il s'agissait de déterminer la nature de cette tumeur. Elle était volumineuse, paraissait siéger dans une des parois du vagin, remontait jusqu'à l'utérus et présentait un pertuis à sa partie antérieure. M. Tillaux a discuté et écarté successivement les hypothèses suivantes : *cystocèle vaginale, hernie intestinale* et *abcès froids*, et a posé ensuite le diagnostic de *kyste profond du vagin*, car il existe deux variétés de ces tumeurs : 1° les *kystes extérieurs*, qui se trouvent sur le bord du vagin et font saillie sur la vulve ; 2° les *kystes profonds*, qui naissent sur les parois profondes du vagin et qui se développent, très vraisemblablement, aux dépens des membranes conjonctives du vagin.

Opération. — M. Tillaux a fait l'incision cruciale de la tumeur et enlevé les coins des quatre lambeaux, de façon à établir une ouverture permanente. Des applications préalables d'une solution de cocaïne avaient rendu l'intervention chirurgicale si peu douloureuse que l'opérée n'a pas poussé une seule plainte. L'opération a été complétée par des lavages faits avec une solution de chlorure de zinc à 4 p. 100. (*Tribune méd.*, 10 janvier 1886.)

Dr R. Labusquière.

VARIÉTÉS

— **Errata**. — *Annales de Gynécologie*, 1886, p. 162. — *Au lieu de :* Dudley a vu opérer S. Keith, auquel il a vu faire sa quarante-huitième ovariotomie avec 46 ou 47 guérisons p. 100 ; *lire :* auquel il a vu faire sa quarante-huitième ovariotomie avec 46 ou 47 guérisons.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Mort du Professeur COURTY.

Nous avons eu le regret d'annoncer précédemment la mort du professeur Courty (de Montpellier), fondateur des *Annales de gynécologie.*

Qu'il nous soit permis aujourd'hui de retracer l'œuvre de ce praticien éminent dont la vie entière, consacrée au travail et au service de la science, doit servir de modèle aux générations futures.

Le professeur Amédée Courty, né à Montpellier le 2 novembre 1819, était fils et petit-fils de docteurs en médecine. Après de fortes études classiques, il jeta son dévolu sur l'étude de la médecine et poursuivit, en même temps, des études scientifiques. Licencié ès sciences avant d'être docteur en médecine, il obtint ce dernier grade en 1845, à la suite d'une thèse remarquable sur *le développement de l'œuf dans l'espèce humaine.*

Courty consacra ensuite ses premiers travaux à des études de physiologie. Les mémoires qu'il a publiés sur diverses questions dénotent une érudition élevée unie à un talent d'exposition remarquable. Pour ne citer que les principaux mémoires, mentionnons : *Lettre sur quelques points de physiologie générale*, adressée à M. le professeur Lordat, Montpellier, 1847; *Mémoire sur les substitutions organiques*. Paris, 1847; *Mémoire sur la structure et sur la fonction des appendices vitellins de la vésicule ombilicale du poulet.* (*Annales des sciences médicales*, t. IX, janvier 1848.)

Après avoir rempli les fonctions de chef des travaux anatomiques et de chef de clinique chirurgicale, Courty est nommé professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier en 1849. Sa thèse d'agrégation : *De l'emploi des moyens anesthésiques en chirurgie*, révèle des qualités de clinicien et d'observateur distingué.

L'activité du jeune agrégé ne se ralentit pas, et les mémoires dont il est l'auteur se succèdent sans interruption. Citons les principaux : *Mémoire sur quelques observations de pellagre, recueillies dans la vallée du Vernet, suivies de réflexions sur la nature de cette maladie et les causes qui peuvent la produire*, 1850 ; *Compte rendu de la clinique chirurgicale de Montpellier pendant les mois de mars à juin* 1830 *et du* 8 *août au* 9 *septembre* 1851.

Cet ouvrage, qui comprend plus de 344 pages in-8°, avec 4 planches, dénote un clinicien déjà rompu à la pratique et renferme plusieurs idées neuves ; on y trouve la description de l'instrument que Courty inventa pour extraire une épinglette introduite dans la vessie d'un homme.

A l'ouverture du cours d'anatomie de l'année 1851-52, Courty prononce un discours ayant pour titre : *De l'analyse anatomique ;* l'année suivante, à l'ouverture du même cours, le sujet de son discours est intitulé : *De l'analyse physiologique.*

Bientôt de nouveaux mémoires sont le résultat de ses travaux anatomiques : en 1853, il fait connaître un procédé nouveau pour l'amputation ou la résection des os métacarpiens, et, en 1854, paraît un mémoire sur la *cautérisation avec le fer rouge du col utérin pendant la grossesse.*

Concurremment avec ces mémoires, qui attestent les connaissances théoriques et cliniques du jeune agrégé, paraissent des articles de moindre importance qui ont été disséminés un peu partout.

Enfin il avait rassemblé les éléments d'une anatomie

générale qui, à moitié imprimée, est restée inachevée. Cette œuvre fut interrompue par suite des événements qui changèrent la direction des études de Courty. En effet, nommé, à la mort du professeur Estor, à la chaire d'opérations, il se donna tout entier à la chirurgie et dut renoncer aux études entreprises autrefois.

Cette chaire, dans laquelle il apportait la clarté dans l'exposition, la vraie éloquence scientifique, ne tarda pas à être échangée contre celle de clinique chirurgicale, où le professeur devait se révéler tout entier avec son sang-froid imperturbable, avec son calme et toutes les qualités qu'il s'était acquises.

Le chirurgien se trouva, par la force des choses, entraîné à étudier les maladies de l'appareil génital de la femme; peu satisfait des ouvrages qu'il trouvait dans la littérature, il fut amené peu à peu à rassembler les nombreux matériaux qui ont servi de base à son œuvre capitale, à celle qui restera son plus beau titre de gloire, j'ai nommé : « *le Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes* », dont la première édition remonte à 1866, la seconde à 1873, et dont la troisième a paru en 1879.

Nous pouvons dire hardiment que ce traité a aidé puissamment au développement de la gynécologie, non seulement en France, mais aussi à l'étranger.

Sans doute, les travaux des Kiwish, des Mayer, à Berlin; des Braun, à Vienne; des Scanzoni, à Wurzbourg; des Grenser, à Dresde; des Simpson, des Bennet, en Angleterre; des Duparcque, des Boivin et Dugès, des Aran, des Nonat, en France, avaient déblayé le terrain et accumulé des matériaux dont Courty a su habilement se servir, mais ces matériaux étaient épars; Courty a su les rassembler, les coordonner et nous les présenter sous une forme vraiment didactique.

Courty, devenu ainsi spécialiste, ne le fut qu'après de longues études générales. « Pour faire, en gynécologie, des recherches spéciales utiles, comme on en fait en ob-

stétrique, en ophthalmologie, en dermatologie, en syphiliographie, etc..., il faut d'abord embrasser l'ensemble des sciences médicales, puis concentrer avec abnégation ses études sur une partie limitée de ces sciences. La spécialité est le plus bas degré de l'art lorsqu'elle n'est pas fécondée par les connaissances générales ; elle en est la perfection lorsqu'elle est le couronnement de la science, il faut finir au lieu de débuter par elle. »

Voilà comment l'éminent professeur de Montpellier comprenait la spécialité; voilà comment nous devons la comprendre à notre tour.

Courty, on ne s'en étonnera pas, a obtenu une grande situation de clientèle non seulement à Montpellier, mais encore dans tout le midi de la France, et même à l'étranger.

Ses fonctions de professeur l'ayant obligé, dans ces dernières années, de venir à Paris présider aux concours de l'agrégation, il séjourna parmi nous un certain temps et obtint, là encore, des succès de clientèle importants.

Membre actif des congrès de médecine, Courty assistait régulièrement aux réunions de l'Association française pour l'avancement des sciences et à celles du congrès international de médecine, où nous l'avons vu prendre souvent la parole et apporter des travaux empreints d'une grande originalité.

Courty est mort le mardi 2 mars, à Montpellier. Sa perte est un deuil pour la famille médicale tout entière ; elle est particulièrement cruelle à la Rédaction des *Annales de gynécologie*.

L.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1886

M. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie, agrégé de la Faculté, a bien voulu prendre, dans la direction des *Annales de gynécologie*, la place qu'occupait M. Courty. Nous sommes persuadés que nos lecteurs accueilleront avec la même joie que nous le nouveau directeur. Il serait superflu de dire ce qu'est M. Tillaux, M. Tillaux ayant, depuis longtemps, pris le soin de se faire connaître à ses confrères et à ses nombreux élèves. Il fera, du reste, plus ample connaissance avec nos lecteurs. En attendant, et à titre de joyeux avènement, il leur offre une de ses plus récentes leçons.

La Direction et *la Rédaction.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu. — Service de M. Tillaux.

LEÇON SUR UN CAS DE VAGINISME ET SUR UN CAS DE FISTULE URÉTHRO-VAGINALE.

Recueillie et rédigée par M. Guillet, *interne du service.*

Messieurs,

Nous allons opérer deux femmes, dont l'une est atteinte de vaginisme, affection qui a déjà fait l'objet d'une de nos leçons,

le 21 janvier dernier, et dont l'autre porte une fistule uréthro-vaginale, consécutive à un accouchement.

Je vous parlerai d'abord de la première de ces malades.

Il s'agit d'une femme âgée de 18 ans qui, mariée depuis 2 ans, n'a jamais pu avoir de rapports sexuels. C'est là, assurément, la meilleure définition qu'on puisse donner de cette affection, que Marion Sims, le premier, a appelée *vaginisme*. Le vaginisme est, en effet, une hyperesthésie de la vulve, telle que tout contact des parties génitales est extrêmement douloureux, et tout rapport sexuel absolument impossible.

Cette jeune femme présente une conformation normale de la vulve; tout au plus, trouve-t-on un peu d'irritation au-devant des caroncules myrtiformes. L'hymen, en effet, n'est pas absolument intact : il présente de petites déchirures. Mais celles-ci, suivant toute vraisemblance, doivent être attribuées à des manœuvres exercées par le médecin de la malade, qui, dans la pensée d'amener la guérison, a voulu pratiquer la dilatation de l'orifice vulvaire avec le doigt. Cette manœuvre a déterminé une douleur extrêmement vive, et a été suivie d'un léger écoulement de sang, sans amener d'ailleurs, aucun résultat.

Il existe aussi de petites érosions sur la surface de l'hymen déchiré, et au pourtour de la vulve; certains auteurs, vous le savez, ont attribué le vaginisme à ces excoriations.

Nous avons constaté enfin une disposition infundibuliforme des parties situées au-devant de l'hymen; cette disposition a été relatée assez souvent, et on a pensé qu'elle pouvait être le point de départ de l'affection qui nous occupe. On a dit qu'une conformation vicieuse des organes génitaux externes, par exemple, la situation superficielle du méat urinaire, telle que cet orifice se présente en quelque sorte de lui-même au pénis en érection, pouvait déterminer le vaginisme. Mais cette disposition, croyons-nous, s'explique facilement ici : elle doit être attribuée au tentatives répétées du mari qui, suivant ses propres déclarations, renouvelait presque chaque jour des essais infructueux.

Je n'insisterai pas longuement sur les caractères cliniques de cette affection, que vous connaissez déjà ; je vous rappellerai seulement que, dans ma leçon du 21 janvier, j'ai divisé le vaginisme en deux espèces : le vaginisme symptomatique et le vaginisme essentiel.

Le premier, le vaginisme *symptomatique*, reconnaît pour causes les érosions, les excoriations de la vulve, l'inflammation de la vulve et du vagin. Il peut être acquis et apparaître chez des femmes qui ont accouché, comme je l'ai vu plusieurs fois. Il résulte toujours de lésions extérieures.

Le deuxième, le vaginisme *essentiel*, est absolument indépendant de ces lésions. C'est cette variété de vaginisme que présente notre malade. Dès le début, dès le premier jour de son mariage, elle a éprouvé, au moment des rapports sexuels, des douleurs aussi intenses que celles qu'elle ressent aujourd'hui ; elle ne souffre pas dans l'intervalle de ces rapports. On ne peut donc mettre la douleur sur le compte des érosions qu'elle présente à la vulve actuellement, et qui sont assurément produites par les tentatives répétées de rapprochement sexuel. Il s'agit donc bien ici d'un vaginisme essentiel, indépendant de toute lésion locale, et lié à un état général, nous ne savons lequel.

Cette ignorance de la nature du vaginisme nous explique les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet.

On a dit : c'est de la contracture des sphincters du vagin, constricteur de la vulve, ou releveur de l'anus. Telle fut l'opinion de Huguier, qui rapprocha cette contracture de celle qu'on observe dans la fissure à l'anus. Cette opinion fut adoptée ensuite par un grand nombre d'auteurs, Hervez de Chégion, Debout, etc.

Pour M. Gosselin, ce qui caractérise le vaginisme, c'est l'hyperesthésie de la vulve. C'est là, d'après lui, l'élément essentiel ; la contracture n'est que secondaire.

Marion Sims, lui, est éclectique : c'est, dit-il, une hyperesthésie avec contracture. Mais quel est l'élément principal, l'élément essentiel ? est-ce l'hyperesthésie ou la contracture ?

L'auteur américain ne se prononce pas sur cette question.

Or, nous croyons qu'il est possible de résoudre ce problème.

Si réellement la contracture des sphincters est seule en jeu, la dilatation forcée doit suffire pour la faire disparaître. Ne voit-on pas, en effet, la contracture du sphincter anal céder à la dilatation forcée de l'anus? Le même résultat doit être obtenu à la vulve. Or, l'expérience démontre le contraire; le plus souvent, comme j'ai pu l'observer, la dilatation forcée de l'anneau vulvaire n'amène aucun résultat.

Aussi, je partage absolument l'opinion de M. Gosselin; il y a bien contracture, mais cette contracture est secondaire; elle est due à l'hyperesthésie de la muqueuse vulvaire et tant que cette dernière est intacte, la contracture persiste.

Une autre objection sérieuse peut être faite aux auteurs qui admettent que la contracture est l'élément primitif du vaginisme. Cet état douloureux persiste chez notre malade depuis deux ans; chez la malade qui a fait l'objet de la clinique du 21 janvier, il persistait depuis quatre ans. Or, si réellement il y a contracture, il doit y avoir rétraction musculaire. Il n'existe pas, en effet, en pathologie, d'exemple de contracture persistante d'un muscle, sans que cette contracture n'ait été suivie de rétraction de ce muscle. Voyez ce qui se passe pour le torticolis: le sterno-cléido-mastoïdien, au début, est seulement contracturé; mais, que cet état persiste, la rétraction du muscle ne tarde pas à apparaître et, pour redresser la tête, vous êtes obligé de pratiquer la section de certains muscles, parce qu'à la contracture primitive a succédé la rétraction musculaire.

Mais, dans le vaginisme, il n'existe pas de rétraction musculaire, car, si vous endormez votre malade, toute résistance disparaît aussitôt, le doigt entre facilement dans la vulve et peut la dilater aisément.

Le vaginisme n'est donc pas une contracture des sphincters du vagin; c'est une hyperesthésie de la muqueuse vulvaire,

hyperesthésie dont, il faut bien l'avouer, nous ne connaissons pas la cause.

Quel est donc le traitement à instituer en pareil cas?

Vous m'avez vu pratiquer sur ma dernière malade l'opération de Marion Sims. Cette femme est partie sept à huit jours après cette opération; je l'ai revue ces jours-ci, elle est absolument guérie et probablement enceinte.

Pourquoi ai-je obtenu ce résultat satisfaisant? Parce que j'ai fait la section des nerfs, siège probable de l'hyperesthésie,

C'est pour la même raison que dans certains cas on a obtenu la guérison par la dilatation forcée. Comment agit, en effet, cette dilatation? On fait l'élongation des nerfs, c'est du moins ainsi que je l'explique; vous comprenez que celle-ci puisse suffire en certains cas, mais cette élongation est forcément limitée par la rencontre des ischions; aussi n'obtient-on le plus souvent qu'un léger degré d'élongation, et c'est précisément pour cela que le plus souvent elle ne réussit pas. Il faut recourir à une opération plus radicale, il faut sectionner les nerfs de chaque côté de l'orifice vulvaire; c'est le but qu'on atteint en pratiquant l'opération de Marion Sims.

Cette opération est des plus simples et n'offre aucun danger; voici en quoi elle consiste :

La malade endormie, le doigt est introduit dans l'anneau vulvaire et le distend; l'hymen est sectionné et enlevé autant que possible; puis, l'on pratique de chaque côté de l'orifice vulvaire une incision parallèle au bord de cet orifice, venant aboutir en arrière à la commissure postérieure; il en résulte une incision en V à sommet dirigé en arrière. On a ainsi sectionné les filets nerveux qui entourent la vulve.

On peut ensuite pratiquer la dilatation forcée.

Quelques tampons d'iodoforme sont alors introduits dans le vagin; ce pansement suffit, et la cicatrisation de la plaie se fait rapidement.

La malade est sortie de l'hôpital dix jours après l'opération, la plaie n'étant pas complètement cicatrisée; elle pouvait

cependant supporter, sans trop de douleur, l'introduction du doigt dans le vagin, ce qui fait espérer que, une fois les bords de la plaie réunis, l'hyperesthésie disparaîtra.

La deuxième malade que nous allons opérer est une femme de 30 ans.

Il y a trois ans, cette femme eut un accouchement très pénible, qui dura quatre jours et se termina par une application de forceps. Après l'accouchement, elle s'aperçut qu'elle perdait continuellement ses urines.

C'est toujours ainsi que surviennent les fistules vésico-vaginales; elles résultent de la pression prolongée de la tête de l'enfant sur la vessie; chez notre malade cette pression se serait exercée pendant quatre jours; ce qui suffit amplement pour expliquer l'apparition de cet accident.

Elle consulta alors un médecin, qui constata la présence d'une fistule et l'opéra six semaines après l'accouchement. Cette intervention, je crois, était trop hâtive; je sais bien qu'on a défendu cette manière de faire et que certains chirurgiens fixent comme date de l'opération le retour de couches; à cette époque, disent-ils, l'état puerpéral est passé, l'on n'a plus rien à craindre de ce côté. Mais je crois que c'est une erreur; l'état puerpéral dure plus longtemps, c'est pourquoi je remets généralement l'opération à trois mois. Cette manière de faire est aussi basée sur ce que les fistules sont susceptibles de diminuer spontanément dans des proportions souvent considérables dans les mois qui suivent l'accouchement; d'où la nécessité de surveiller les malades et de voir comment les choses se passent. Si au bout d'un certain temps, d'un mois par exemple, on s'aperçoit que la fistule reste stationnaire, on est autorisé à intervenir; si, au contraire, la fistule subit un certain retrait, il faut attendre. En somme, il n'existe à cet égard aucune règle générale, il faut baser le moment de l'intervention sur la façon dont se comporte la fistule.

Quoi qu'il en soit, cette première opération fut suivie d'un échec. Une deuxième opération, pratiquée trois mois plus

tard, ne fut pas plus heureuse. L'intervalle de trois mois entre deux opérations est cependant suffisant, on peut recourir à une nouvelle opération, quand la cicatrisation de la plaie opératoire est complète.

Une troisième opération, faite un an après, c'est-à-dire quinze mois après l'accident, eut le même résultat.

C'est dans ces conditions que la malade vint me trouver.

Elle me dit qu'elle avait une fistule et me raconta ce qui précède. Le diagnostic s'imposait donc; mais fallait-il encore savoir à quelle variété de fistule nous avions affaire et quel était son siège. Aussi nous procédâmes à un examen complet.

En pareil cas, le toucher vaginal est précieux, le doigt peut, en effet, pénétrer dans l'orifice de la fistule et en faire reconnaître l'existence; le toucher vaginal suffit alors pour faire affirmer la présence de la fistule. Ici je ne trouvai rien de semblable.

L'examen au spéculum ne nous renseigna pas davantage. Après avoir introduit le speculum de Bozeman, j'inspectai attentivement toute la paroi vésico-vaginale, sans voir le moindre orifice, sans constater le plus léger suintement d'urine.

Introduisant alors une sonde dans la vessie, je pus en retirer une certaine quantité d'urine; cette urine s'écoula par la sonde, pas une goutte ne sortit par le vagin. L'urine était donc retenue dans le réservoir vésical, ce qui était en contradiction avec une fistule vésico-vaginale.

Je pratiquai dans la vessie une injection de lait tiède. C'est généralement le liquide que j'emploie; je vous le recommande, il n'est nullement irritant, et est par conséquent bien supporté par la muqueuse vésicale; de plus sa coloration blanche en fait reconnaître le moindre suintement. Or, chez notre malade, je ne vis sourdre ce liquide en aucun point de la muqueuse vaginale.

Je commençais à douter de l'existence d'une fistule, lorsqu'en retirant la sonde, je vis suinter quelques gouttes de lait dans le vagin. Examinant alors le point où se produisait ce

suintement, je reconnus que nous étions en présence d'une variété rare de fistule, d'une fistule uréthro-vaginale. L'orifice fistuleux siégeait à 1 centimètre et demi du méat urinaire, par conséquent à mi-chemin de ce dernier et du col de la vessie, puisque l'urèthre de la femme mesure en moyenne 3 centimètres.

Cette fistule, je vous le répète, est rare, et vous comprenez facilement pourquoi. Il faut, pour qu'elle se produise, que la compression de la tête de l'enfant s'exerce au niveau de l'urèthre, il faut par conséquent que la vessie et l'utérus soient remontés et que la tête, restant enclavée dans le vagin, vienne presser directement le canal de l'urèthre sur la face postérieure du pubis.

Les fistules uréthro-vaginales sont si rares que les auteurs classiques en font à peine mention ; aussi ne saurais-je vous dire quelle est leur proportion relativement aux fistules vésico-vaginales. C'est le deuxième cas seulement que jai l'occasion d'observer.

Le siège de cette fistule nous donne l'explication des symptômes que nous avons observés.

La paroi vésicale est intacte, donc l'urine est retenue dans la vessie. La malade, il est vrai, urine plus souvent que d'habitude ; mais cela tient probablement à une légère cystite du col, due à la propagation au col de la petite inflammation qui siège au niveau de la fistule.

Au moment de la miction, l'urine, au lieu de sortir par le méat urinaire, s'écoule dans le vagin par la fistule. Ce signe est caractéristique ; il pourrait se faire cependant que cet écoulement par le vagin n'ait pas lieu, s'il existait au niveau de la fistule un petit repli de la muqueuse uréthrale, formant valvule et venant oblitérer l'orifice au moment de la miction; mais cette disposition est exceptionnelle.

L'urine passe donc dans le vagin ; il en résulte, vous le comprenez, de grands inconvénients, tels que : érythème des cuisses, vulvite, vaginite, etc. ; la vie devient absolument insupportable pour la malade.

En somme, nous avons affaire à une fistule uréthro-vaginale siégeant à 1 centimètre et demi en arrière du méat urinaire, occupant la paroi inférieure de l'urèthre, située un peu à droite de la ligne médiane et ayant 6 à 7 millimètres de large, c'est-à-dire presque la largeur de l'urèthre.

Pour guérir cette fistule, il est nécessaire d'aviver ses bords puis de les suturer bien exactement. Mais chacun de ces temps de l'opération demande certaines précautions.

La paroi uréthro-vaginale présente heureusement une certaine épaisseur, à sa partie moyenne elle a près de 1 centimètre d'épaisseur. Cette disposition permet d'exécuter le premier temps de l'opération, à savoir l'avivement de la fistule suivant les surfaces et non pas suivant les bords. Jobert de Lamballe pratiquait l'avivement des bords ; Marion Sims, le premier, démontra l'imperfection de ce procédé et lui substitua l'avivement en surfaces. Voici en quoi consiste cet avivement : vous pratiquez une incision circulaire parallèle à la fistule, vous enlevez ainsi une rondelle de tissu comprenant la muqueuse vaginale et la portion de la cloison correspondante, *mais sans entamer la muqueuse uréthrale.* Vous avez ainsi non plus une bordure d'avivement représentée par les bords de la fistule; mais une surface d'avivement constituée par la face inférieure de la muqueuse uréthrale sur laquelle vous faites glisser le reste de la cloison vésico-vaginale en suturant les deux lèvres supérieure et inférieure de la plaie.

En résumé : *Premier précepte: pratiquer l'avivement de telle façon que la muqueuse uréthrale soit respectée.*

Pour exécuter le deuxième temps de l'opération, la suture, il faut passer les fils à peu près à 4 ou 5 millimètres du bord de l'avivement, les faire cheminer dans l'épaisseur de la cloison, puis les faire ressortir à une égale distance du côté opposé, de façon à ce qu'ils ne pénètrent pas dans l'urèthre. *Les fils ne doivent faire aucune saillie à la surface de ce canal.*

Quand, en effet, les fils ont été passés, comme je viens de le dire, et qu'on les rapproche, la muqueuse uréthrale forme une crête qui empêche le contact de l'urine. Si, au contraire, des

fils passent dans l'urèthre, comme il se fait toujours un peu d'irritation autour d'eux, il peut arriver, bien que vous sondiez la malade, que l'urine pénètre autour des fils et compromette la réunion.

Donc : *Deuxième précepte, passer les fils de façon à ce qu'ils ne pénètrent pas dans le canal de l'urèthre.*

Je pratiquerai l'opération en suivant ces deux grands préceptes. Je n'endormirai pas la malade, je me contenterai de badigeonner la muqueuse vaginale avec une solution de cocaïne au 1/3 p. 100. J'espère avoir ainsi une insensibilité suffisante de la muqueuse. Je coucherai la malade sur le dos, les cuisses fortement relevées, de façon à mettre le vagin sur un plan vertical et à avoir devant les yeux la cloison vésico-vaginale. Puis je ferai l'avivement et la suture suivant les règles que je viens d'exposer.

L'opération s'est bien passée; grâce au badigeonnage à la cocaïne, la malade n'a éprouvé aucune douleur; cinq points de suture métallique ont été appliqués.

Dans les jours qui ont suivi, la malade a été soumise à un repos absolu et sondée régulièrement toutes les cinq ou six heures.

Le sixième jour, les points de suture ont été enlevés; les bords de la plaie étaient réunis sur toute leur étendue. Depuis lors, la malade a uriné toute seule; l'urine s'écoule entièrement par l'urèthre.

La malade est absolument guérie; elle sort de l'hôpital treize jours après l'opération.

Clinique d'accouchements et de gynécologie.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PAJOT

DES OBSTACLES A LA FÉCONDATION DANS L'ESPÈCE HUMAINE.

Leçon recueillie par le Dr Boileux, *ancien élève du service.*

Messieurs,

L'état sanitaire du service étant excellent et les cas qui pourraient vous intéresser faisant défaut, permettez-moi, pendant les derniers jours du semestre d'hiver, d'étudier avec vous une question fort délaissée par les médecins, au grand profit des superstitions idiotes et des industriels des deux sexes qui brillent à la quatrième page des journaux politiques et littéraires.

Il s'agit des difficultés, des obstacles que peut rencontrer la fécondation dans l'espèce humaine. Il faut nous entendre. Il ne s'agira point de ces cas, d'une extrême rareté, qui consistent dans une malformation congénitale ou acquise, malformation privant l'un ou l'autre des individus de quelque organe essentiel de l'appareil génital.

Nous allons passer en revue les cas usuels, communs, beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose.

Parmi les obstacles à la fécondation dans l'espèce humaine, il faut donner le premier rang à l'*état catarrhal de l'utérus*. En effet, de toutes les causes qui entravent la fécondation, c'est assurément l'une des plus communes. Sur vingt ménages qui viendront vous consulter parce qu'ils n'ont pas d'enfants, vous trouverez dix ou douze fois la femme atteinte d'une affection catarrhale plus ou moins prononcée et parfois excessive. J'ai à traiter, au moment où je vous parle, deux

femmes qui présentent des catarrhes comme il n'est guère possible d'en voir de plus graves. L'une d'elles est atteinte d'un catarrhe tel qu'elle est obligée de se garnir comme pendant les règles ; elle perd sur le parquet, en marchant, des paquets de mucus de la grosseur de mon pouce. D'autres femmes ont simplement un petit bouchon de mucus dans la cavité du col, on le voit apparaître à l'orifice externe, et le col est parfaitement obturé par ce bouchon muqueux, qui est des plus difficiles à arracher, à ce point que voilà bientôt deux ans que M. Galippe et moi nous cherchons, sans parvenir à trouver, quelque moyen qui puisse débarrasser facilement le col de ce mucus. J'ai proposé moi-même certains moyens qui ne sont pas absolument mauvais, mais qui n'atteignent pas encore convenablement le but. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce sujet.

Parmi les plus fréquents obstacles qui s'opposent encore à la fécondation, il faut noter l'*étroitesse de l'orifice externe*, et l'on doit ajouter, non pas seulement cette étroitesse, mais la forme particulière du col. Ceci est moins connu. Chez les femmes qui ont un orifice extrêmement étroit, il n'est pas rare de trouver le col d'une *conicité* exceptionnelle. Le col conique très pointu a reçu le nom de col en *toupie*. Ce sont des cols un peu plus longs, ou du moins donnant la sensation d'être un peu plus longs que d'habitude, et ayant, tout à fait au sommet du cône, un orifice plus ou moins étroit, parfois même excessivement étroit. Il y a encore dans ces cols une nuance importante quant à notre sujet, et c'est là le point moins connu. Ces cols pointus, avec l'orifice petit, ont parfois cet orifice comme fait à l'emporte-pièce. Figurez-vous le passage brusque à travers un papier d'un instrument pointu qui va faire simplement une ouverture à circonférence très nette. Au contraire, dans d'autres cas, l'orifice est comme précédé ou, plus clairement, il est au fond d'une petite cupule qui ressemble à l'empreinte que laisserait une lentille dans de la terre glaise ou dans de la cire molle. En appuyant une lentille

sur de la cire molle ou sur de la terre glaise, cela produirait une petite dépression lenticulaire. Au fond de cette dépression est l'orifice externe de la matrice. Il y a des cols qui présentent cette disposition d'une façon très prononcée. Je dis qu'il y a là une distinction importante à établir, parce que les cols coniques pointus appartiennent presque toujours — du moins je n'ai jamais vu le contraire — à des femmes qui restent stériles. Par contre, lorsque l'orifice externe est au fond de cette petite cupule, la fécondation peut avoir lieu. Cela se conçoit quand on veut y réfléchir, on comprend qu'une goutte de sperme peut rester dans cette cupule, et comme, si le sperme est riche, il en faut une très petite quantité pour la fécondation, il peut très bien se faire que les spermatozoïdes franchissent l'orifice externe, entrent dans l'utérus, et amènent la vivification de l'ovule. Voilà ce qui a trait à ces deux causes communes : 1° *l'état catarrhal ; 2° l'étroitesse de l'orifice externe et la forme du col.*

Il y a une troisième cause qui est presque aussi commune que celle-là, peut-être un peu moins, mais très commune encore, et qui a été beaucoup exploitée par les charlatans, ou même par des médecins qui s'y entendaient peu. Cette troisième cause, ce sont les *déviations utérines*. Je ne veux pas faire une histoire des déviations utérines, vous les connaissez au moins de nom aussi bien que moi. Il y en a de toutes les sortes, mais il y en a, surtout au point de vue qui nous occupe, *deux* grandes classes qui n'ont pas la même importance comme obstacle à la fécondation. Il y a ce qu'on appelle les *versions* et il y a les *flexions* ; ce sont là des obstacles très différents.

Les *versions* sont nécessairement de *quatre* espèces, puisqu'elles se produisent dans les quatre sens, et je m'explique tout de suite sur ce mot : *version* veut dire simplement inclinaison plus ou moins prononcée.

L'inclinaison du corps et du fond donnent le nom de la déviation. Normalement, l'utérus présente un certain degré d'antéversion, à peu près dans l'axe du détroit supérieur.

Si cette situation normale s'exagère, l'utérus est en *antéversion;* la disposition contraire constitue la *rétroversion,* et les inclinaisons latérales, les *latéroversions.* On peut dire, d'une manière générale, que la grossesse amène la *latéroversion droite,* le col est à gauche.

Dans les *flexions,* c'est aussi la position du corps et du fond qui donne le nom à la déviation.

L'utérus, plus ou moins reployé *en cornue,* a son fond *en arrière* (quelquefois plus bas que le col), *rétroflexion.* En avant, *antéflexion,* et avec tous les degrés de *flexion* possibles.

Il faut établir une distinction entre ces deux espèces de déviations utérines comme obstacles à la fécondation. Les *flexions* sont pour l'utérus une situation plus grave, plus éloignée d'être naturelle que les *versions.* Cependant, les *versions* sont des obstacles plus grands à la fécondation que les *flexions.* Voici ce qui m'est arrivé, il y a quelques années. L'observation se trouve dans les *Travaux d'obstétrique et de gynécologie.* C'était un an ou deux après la guerre. Une grande dame étrangère vint me trouver et me dit : « Monsieur, j'ai consulté tous les médecins de femmes de l'Europe : Krassowski, à Saint-Pétersbourg; Scanzoni, à Wurzbourg; à Vienne, Braün; Benett, en Angleterre, et tous m'ont affirmé que la situation de mes organes était telle que je ne pouvais pas avoir d'enfants. Un seul, c'est M. Scanzoni, m'a répondu : c'est difficile, mais ce n'est pas impossible. Et bien, monsieur, comme je veux voir quelqu'un qui s'occupe de maladies de femmes en France, de même que j'en ai vu dans tous les autres pays, je viens vous prier de me dire ce que vous en pensez. Je n'ai pas d'enfants, je désirerais en avoir, et je crains, d'après l'avis — non pas unanime, puisque Scanzoni a dit le contraire — mais l'avis général des médecins d'Europe, je crains qu'il me soit impossible d'avoir des enfants. »

C'était une grande et belle femme, bien conformée à l'extérieur. Je pratique le toucher et trouve une *rétroflexion* tellement prononcée que le fond de l'utérus était plus bas que le col; la matrice était ployée en deux. On trouvait le fond de

l'utérus au-dessous du col, dans le cul-de-sac postérieur. C'était tout à fait évident; je mettais mon doigt dans l'angle que formait la flexion et — il n'y avait pas besoin d'hystéromètre — du premier coup, avec l'habitude du toucher, on trouvait chez cette dame une *rétroflexion* des plus prononcées. Tel avait été l'avis des médecins qui avaient examiné l'utérus et qui lui avaient dit : « Avec une pareille disposition, il y a bien peu de chances pour que vous deveniez jamais enceinte. » Scanzoni avait dit : « C'est une très mauvaise situation, mais il n'y a pas là d'obstacle matériellement insurmontable; il pourrait se faire que vous deveniez enceinte. »

Voici le raisonnement que je fis à mon tour :

« Avez-vous vos règles ? — Oui. — Régulières ? — Oui. — Souffrez-vous ? — Pas beaucoup. (Il est assez remarquable que, dans certains cas de déviations *extrêmes*, il y ait des femmes qui ne souffrent pas) (1). — Eh bien, madame, le sang passant, pourquoi le reste ne passerait-il pas ? Vous voyez du sang venir du dedans au dehors, pourquoi la semence, allant du dehors au dedans, n'entrerait-elle pas ? Vous avez vos règles, madame ; je ne crois pas impossible que vous deveniez enceinte. »

Vous allez voir, messieurs, combien est curieux ce qui est arrivé. Cette dame s'en alla avec ce diagnostic. Quatre mois après, je suis appelé subitement. On me disait de venir à l'instant : c'était pour M^me ***, il fallait venir quand même. Je pars avec le messager. Je trouve cette même dame au lit, et l'on me raconte ce qui suit : depuis quatre mois passés, depuis le moment où elle était venue chez moi, elle n'avait pas vu ses règles. Etant allée visiter une de ses amies qui demeurait au premier, elle avait monté un peu vite l'escalier. En arrivant en haut, elle avait senti un craquement très violent et très douloureux dans son ventre ; ce mouvement lui avait fait une impression si grande qu'elle avait perdu

(1) J'ai tenté d'expliquer ce fait dans mes notes sur la dysménorrhée.

connaissance; on l'avait ramenée chez elle dans sa voiture, on l'avait mise au lit et l'on m'avait envoyé chercher.

J'examine l'abdomen, et je trouve un utérus d'environ quatre mois et demi redressé, et parfaitement à sa place, du côté droit, et présentant le volume et le caractère d'une grossesse de quatre mois passés. Je vous l'ai dit, les règles n'avaient pas reparu. Je fis part de mon impression : je crois que vous êtes enceinte, dis-je à la malade. Ce sont là des symptômes de grossesse; je n'ai pas de certitude absolue encore, n'entendant pas les bruits du cœur; mais c'est là un utérus développé, et je crois que le mouvement que vous avez senti, c'est le mouvement de l'utérus fléchi qui s'est brusquement redressé, sous l'influence du développement de la grossesse. On attendit un mois. La grossesse était certaine, tellement certaine que j'ai accouché la dame, et elle a accouché tout naturellement, comme une femme qui serait dans les conditions les plus ordinaires. Quand elle était venue chez moi la première fois, il y avait huit à dix jours qu'elle avait quitté Vienne et qu'elle était enceinte, et, naturellement, nous ne le savions ni l'un ni l'autre. Et quand je lui disais, comme lui avait dit Scanzoni, qu'il n'était pas impossible, avec un utérus comme celui-là, de devenir enceinte, elle l'était à ce moment même. Il m'était, bien entendu, impossible de soupçonner une grossesse de huit à dix jours.

Ce fait démontre, messieurs, combien le médecin doit être circonspect. Si, pour faire le diagnostic de la rétroflexion, *j'avais introduit l'hystéromètre!*

Voilà ce qu'il y a surtout d'instructif dans cette observation : en tenant compte de faits pareils, les médecins ne feront pas de ces fautes commises parfois, même par des maîtres.

La suite est non moins intéressante. Je me dis, et vous vous seriez dit comme moi : voilà une excellente occasion de guérir cette accouchée de sa rétroflexion. L'utérus est droit; nous allons tâcher de le maintenir dans cette situation. Je laissai cette dame trois mois au lit après l'accouchement; je

lui défendis de se remuer beaucoup avant le retour de ses règles; et quand ses règles furent revenues et passées, je fis, soirs et matins, des injections astringentes avec du tannin, du vin de Roussillon, des roses de Provins et, au bout de deux mois, j'eus le plaisir de constater *que l'utérus était admirablement droit*, aussi droit que jamais femme pût l'avoir. Et, en moi-même, je ne pouvais m'empêcher de penser : quel succès; j'ai trouvé le moyen radical de guérir les flexions! Un an après, ma cliente vint me voir; *elle avait l'utérus aussi courbé qu'auparavant*. Si l'on connaissait toutes les observations de ce genre, on ne verrait plus guère de redresseurs de l'utérus. Il est vrai qu'aujourd'hui on raccourcit les ligaments ronds! Ainsi, voilà une femme qui a eu l'utérus redressé par la grossesse ; et il n'y a pas de redresseur comme la grossesse, les tissus sont ramollis, modifiés, puis reviennent à leur organisation première. Mais est-il resté droit? Pas du tout. Un an après, le voilà revenu en rétroflexion, ce qui n'a pas empêché la dame de redevenir enceinte deux autres fois en trois ans et demi. Je l'ai accouchée trois fois en tout, malgré sa rétroflexion qui se reproduisait après chaque grossesse. Des observations comme celle-là, suivies pendant plusieurs années, sont pleines d'intérêt et d'instruction ; et comme cela montre le ridicule de tous ces bilboquets, de tous ces anneaux, de tous les sachets que l'on introduit dans le vagin des femmes sous prétexte de redressement.

Que certains appareils soulagent quelques femmes (je ne parle pas des prolapsus) cela est rare, mais possible, mais au point de vue de la guérison radicale, cela ne sert absolument à rien. Quand on voit la grossesse, la cause la plus efficace de redressement, ramener l'utérus à sa situation normale, on pourrait soupçonner que cela amènera le redressement définitif; mais quand une fois la grossesse est terminée, la matrice reprend sa forme ou sa direction anormale. C'est comme dans les déplacements d'organes après certaines brûlures.

Il faut faire une exception, je l'accorde, pour les déviations

de voisinage. Par exemple, une femme a un phlegmon pelvien qui dévie l'utérus, il est clair que quand le phlegmon va se résoudre ou s'abcéder et se guérir, l'utérus reprendra sa place. L'on ne guérit pas les déviations parce que ce ne sont pas des maladies. Ce sont des infirmités. On a cela, comme l'on est borgne ou boiteux. Est-ce qu'on dit d'un borgne ou d'un boiteux qu'il est malade? C'est un infirme. Et l'individu qui porte une hernie, est-ce un malade? Il est infirme. Eh bien, pour moi, une déviation utérine n'est qu'une infirmité, et une infirmité pas très gênante (1); elle est fâcheuse le plus souvent au point de vue des enfants; et encore on y remédie; — on ne la guérit pas, — mais on y remédie, et la femme peut avoir des enfants, je dirai comment tout à l'heure. C'est une infirmité très supportable et moins dangereuse et même souvent moins gênante que les moyens prescrits pour y remédier, sauf exception.

On dit que cela amène des accidents fâcheux chez les femmes. Je puis vous affirmer que bon nombre de femmes ne savent qu'elles ont une déviation qu'après qu'un médecin ou qu'une sage-femme le leur a dit (2). J'ai vu des femmes ayant le col à 7 ou 8 centimètres de la vulve, croire qu'elles avaient une chute de matrice. J'en ai vu d'autres ayant le col à 3 ou 4 centimètres et l'ignorant! Je ne parle pas de la grossesse. Une déviation pendant la grossesse peut être un accident mortel. Nous en avons vu des exemples, et je me rappelle un cas que je vis quand M. Tarnier était chef de clinique, où j'ai redressé un utérus qui était en rétroflexion et qui menaçait de tuer la femme. Je l'ai redressé par le procédé d'Evrat, qui consiste dans l'introduction par l'anus d'un petit tampon de linge fixé à l'extrémité d'une tige en bois ou en

(1) Il faut mettre à part le prolapsus, l'inversion et les déviations pendant la grossesse.

(2) Sans compter les industriels des deux sexes, qui annoncent à toutes les femmes qu'elles ont des *déviations*; ils les traitent trois mois, et les renvoyent d'autant mieux guéries qu'elles n'ont jamais rien eu.

baleine ; on relève ainsi doucement le fond de la matrice, à travers la paroi recto-vaginale. Mais, en dehors de la grossesse, une femme n'est malade, avec une déviation utérine, que si elle présente, de plus, un état catarrhal, ou une congestion, une ulcération, etc., ou l'un de ces cols, que nous appelons, dans notre langage familier, *un col de la légion d'honneur*, un de ces cols couleur de sang, tuméfié, ou bien pâle, œdémateux, volumineux, vous voyez cela d'ici. Les femmes qui n'ont qu'une déviation, pure de tout état morbide, ne le savent ordinairement pas. De même pour la hauteur à laquelle se trouve l'utérus. Il y a des femmes qui ont l'utérus à 8 ou 9 centimètres dans le vagin; elles n'en ont pas conscience. Il y en a d'autres qui l'ont à 3 centimètres de la vulve ; elles l'ignorent. Quand la matrice descend par trop bas, quand elle arrive près de la vulve, quand elle tiraille les ligaments, qu'elle pèse, comme disent ces femmes, alors elles marchent péniblement et souffrent. Cependant, il faut avouer qu'au point de vue de la fécondation, si la déviation utérine est un obstacle facile à vaincre, c'est un obstacle, et si l'on n'y remédie pas, la femme peut rester stérile. Cela a fait le sujet d'un mémoire publié il y a quelques années. J'ai vu des femmes avoir une *rétroversion* ou une *latéro-version* tellement prononcée, que l'orifice externe se trouvait bouché par la paroi vaginale sur laquelle il était appliqué. L'utérus venait s'arcbouter contre cette paroi vaginale, qui servait comme de couvercle à l'orifice. C'est un de ces cas aggravé par *une fausse route vaginale* que je crois avoir décrit le premier ; et cette description est aujourd'hui adoptée par la généralité des médecins. Voici comment j'ai été conduit à reconnaître l'existence de ces *fausses routes*. En touchant plusieurs femmes qui avaient des déviations utérines, je m'apercevais qu'en laissant conduire mon indicateur par la direction du vagin, j'allais tomber tantôt dans un cul-de-sac, tantôt dans l'autre. Si le cul-de-sac, de beaucoup plus profond, était le gauche, j'y pouvais pénétrer de 2 on 3 centimètres, et celui de droite semblait fermé ou avait les dimen-

sions ordinaires. En un mot, un des culs-de-sac était plus profond que l'autre. J'examinai, sans le comprendre d'abord, ce fait très bizarre sur plusieurs femmes, et voici ce que je parvins à trouver. Le cul-de-sac, qui était plus profond d'un côté, et qui rejetait l'utérus sur l'autre paroi vaginale, était évidemment le pied-à-terre habituel du mari. Il avait, en deux, trois, quatre, cinq ou six ans et plus, creusé sa voie ; puis, étant ensuite naturellement porté de ce côté, il avait fini par dépasser toujours le but sans l'atteindre jamais. Le but était à droite, et il allait à gauche ; tantôt le but était *par-dessous*, le mari se logeait *par-dessus*, et plus le temps s'écoulait, plus la *fausse route* devenait large et profonde et la fécondation plus difficile. Les *fausses routes vaginales* compliquant les *déviations* sont une des causes, non de l'impossibilité absolue de la fécondation, mais de la difficulté de la fécondation chez les femmes qui présentent cette disposition singulière.

Je vais bien étonner ceux qui n'ont pas l'expérience de ces sortes de faits. Voilà des affections qui sont, on peut le dire, légères, en ce sens qu'elles ne compromettent jamais la vie. Ni l'état catarrhal, ni l'étroitesse de l'orifice, ni les déviations utérines, de quelque nature qu'elles soient, ne compromettent jamais la vie de la femme ; cependant ce sont là de réelles difficultés pour la fécondation. Et, à côté de cela, on voit des maladies qui attaquent la vie de la manière la plus grave, et qui ne sont pas des obstacles à la grossesse. J'ai assisté des femmes qui avaient des cancers de la matrice et qui sont bien accouchées. Ainsi, voilà des maladies qui vont tuer avant six mois, et qui n'empêchent pas la fécondation.

A l'ancienne Clinique, j'ai accouché une femme par le forceps. Cette femme avait un corps fibreux situé dans la paroi du col, qui a été examiné par le professeur Verneuil, qui, à cette époque, faisait du microscope. Cette femme avait été l'objet de beaucoup d'erreurs de diagnostic ; je l'ai accouchée de son corps fibreux gros comme un œuf ; il fut expulsé avant la tête, et pendant une traction sur le forceps, il fut lancé au delà de la barrière qui entourait le lit d'opération.

Un corps fibreux du col est une affection assez sérieuse au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, et cependant elle n'empêche pas la fécondation. J'ai vu, avec M. Blot et Huguier, la femme d'un avocat, près de l'église de la Trinité, qui avait plusieurs corps fibreux volumineux (du volume du poing) et qui était enceinte de sept mois. Ainsi donc, voilà des maladies sérieuses de l'utérus qui n'entravent pas la fécondation ; et voilà des accidents d'une autre nature qui ne sont nullement graves, et qui empêchent le plus souvent la grossesse.

Telles sont, sauf les cas d'impuissance absolue, — j'ai dit que je ne parlerais pas des femmes qui manquent de vagin, d'utérus ou d'ovaires, — telles sont, du côté de la femme, les principales difficultés de la fécondation, en y ajoutant l'acidité du mucus vaginal qui paraît être une cause de mort rapide pour les spermatozoïdes.

J'ajouterai, au point de vue fonctionnel, que si la régularité des règles est une bonne condition de fécondité, l'absence de la menstruation, avec des organes bien conformés, n'implique pas absolument l'impossibilité de la fécondation, pas plus que les érosions, ulcérations et autres lésions du col.

Dans les premiers cours que je fis, comme agrégé, en remplacement de M. Moreau, j'ai enseigné, d'après mes maîtres, que, quand un ménage n'avait pas d'enfants, c'était, sur *cent* cas, *quatre-vingt-dix-neuf fois* la faute de la femme, et *une* fois celle du mari. Mais, depuis vingt-cinq ans passés que je m'occupe de ces questions, je suis arrivé à des résultats qui vont vous étonner autant qu'ils m'ont étonné moi-même. Il n'y a pas plus de huit à dix ans, je trouvais déjà que la proportion des maris qui étaient l'obstacle à la fécondation était de 7 sur 80. Ce résultat inattendu se trouvait fortement en opposition avec ce qu'on enseignait. Eh bien, cela n'est rien encore. Depuis qu'on a su que je m'occupais de cette question, les médecins m'ont envoyé des gens qui n'avaient pas d'enfants. J'en ai vu un assez grand nombre aujourd'hui, plus de 400. J'ai fait l'examen de tous les spermes. A l'heure ac-

tuelle, je puis dire, en m'appuyant sur des observations, — sur 100 ménages sans enfants, après 2 ans jusqu'à 14 ans de mariage, il y en a 15 à 20 dans lesquels les maris sont la cause de la stérilité. Nous sommes loin de 1 p. 100. Je suis convaincu que celui qui reprendra ces études après moi et qui ajoutera ses chiffres à ceux que j'ai pu collationner, celui-là trouvera une proportion plus grande encore. Plus je vais et plus les chiffres augmentent cette proportion, plus je trouve de maris qui sont la cause de la stérilité de leur ménage. Je pense, — sans pouvoir encore le démontrer, parce que je n'ai pas fait des observations assez nombreuses; il en faudrait plusieurs milliers, — je pense, dis-je, qu'on arrivera au chiffre surprenant de 25 p. 100. C'est inimaginable le nombre d'hommes qui n'ont pas de spermatozoïdes ou qui n'en ont que d'imparfaits. Et n'allez pas vous y tromper, je vous prie; — ce sera un avertissement pour la jeunesse; — ce n'est pas que ces gens, qui ne peuvent pas faire d'enfants, n'accomplissent leurs fonctions conjugales à la plus grande satisfaction des intéressés. Je citais, dans mes premières expériences, dans mes sept bonshommes qui n'avaient pas d'enfants, deux hommes de force et de stature hors ligne, beaucoup plus qu'ordinaires, près de 2 mètres; deux autres hommes ordinaires; trois hommes chétifs. Eh bien, tous ces hommes-là remplissaient leurs fonctions conjugales à la satisfaction de leurs femmes. Pas un reproche! Cela allait très bien! Seulement, — il y a un seulement, — seulement, il n'y avait rien dedans. Pas un spermatozoïde!

Les deux premiers étaient deux gaillards, ce qu'on appelle deux beaux hommes. Il y en avait un qui, en me donnant une poignée de main, me broyait les phalanges, par affection, un autre très grand, pas très gros, ancien préfet..., mais préfet à poigne à coup sûr. L'autre était un riche propriétaire étranger, homme colossal, un de ces hommes du moyen âge, qui revêtaient des armures. Il avait une belle barbe rouge, une tête de lion, et des membres dont chacun représentait le volume des deux miens; bref, un homme colossal. Il m'amène

une petite jeune femme charmante, d'environ 30 ans, bien faite, bien tournée, taille moyenne, et il me dit : mon cher monsieur le Docteur, je vous amène ma petite femme ; c'est charmant ; c'est très gentil ; mais ce n'est bon à rien. Voilà douze ans que je suis marié ; et pas d'enfant. — J'examine la jeune dame ; l'état des organes et des fonctions était parfait de tous points ; pas un vice rédhibitoire ; rien ! Pas de catarrhe ! Utérus bien placé ; bassin parfait ; tout ce qu'il faut pour être féconde. Je commence à ouvrir l'œil ; et je dis au mari : voyons donc un peu ; il faudrait que j'examinasse... ceci. — Moi ! très volontiers, docteur, je suis à votre disposition. Je suis marié depuis douze ans ; demandez à Madame si elle a lieu de se plaindre. — Il ajouta même, pendant que sa femme était au salon : voulez-vous que je vous dise entre nous, ma femme ne peut pas même me suffire ; et il me faut de temps en temps quelque hors d'œuvre.

Je ne trouve rien chez madame, lui dis-je, qui puisse m'expliquer cette stérilité. Je serais bien aise de voir chez vous... Je lui remis deux plaques de verre et lui fis comprendre ce que je lui demandais. Le lendemain j'examine le sperme, pas un spermatozoïde ; pas un, pas un !

Il revient me voir le surlendemain, et je lui dis : Monsieur, vous avez été malade dans votre jeunesse ?... Vers les vingt ou vingt-cinq ans ?...

— Malade ! malade ! moi ! jamais ! jamais !

— Non, permettez..., malade ! une petite indisposition..., vous n'avez pas eu d'écoulement ?

— Si, si, si, si, un écoulement à 17 ans, j'ai eu un écoulement avec une femme de chambre.

— Est-ce que ce n'est pas tombé un peu dans, dans... ?

— Si, si ; c'est tombé dans...

— Est-ce que ce n'est pas retombé dans l'autre après ?

— Ah ! oui, oui, oui, oui ! c'est tombé dans l'autre.

— Très bien ! cela me suffit parfaitement.

Oui, Messieurs, pas un spermatozoïde, pas un ! Un homme colossal ! Un homme de première force ! Et vous savez ? Un

homme remplissant ses fonctions de mari d'une manière parfaite, d'une façon extraordinaire, supérieure! Voilà quel était l'homme.

Après cet homme, un peu plus tard, j'ai vu un riche industriel du département de l'Eure, homme moins grand que moi, mais une demi-fois plus carré d'épaules, un de ces hommes trapus, type du marin; car on rencontre beaucoup de mathurins qui sont bâtis comme cela, homme d'une largeur d'épaules extraordinaire. Il avait une grande femme, blonde, lymphatique, figure boursouflée. Ils n'avaient pas d'enfants. J'examine cette femme; le vagin était plein de mucosités, la cavité du col en était aussi remplie, l'appareil génital présentait un état déplorable : — Je vais soigner votre femme, dis-je au mari; mais, avant de vous donner aucun conseil, je serais bien aise de savoir ce que vous valez. Cet homme m'apporta deux plaques sur lesquelles était du sperme. Il déposa cela chez moi vers les quatre heures du soir. Je rentrai vers dix heures et j'examinai ces plaques à la lumière artificielle. Je n'avais jamais vu et je n'ai jamais revu depuis ce que j'ai vu ce soir là. Il n'y avait pas de liquide. Il y avait, à vue de nez, des millions de spermatozoïdes énormes. Cet homme avait, dans une éjaculation, de quoi féconder toutes les femmes de France. Il réalisait le mot du Gascon et du Marseillais. Le Gascon disait : chez nous, quand on va a la rivière, il y a tant de poissons qu'en puisant un sceau d'eau on pêche une friture. Et le Marseillais répondait : chez nous, il n'y a pas d'eau du tout; il n'y a que des poissons. Cet homme réalisait cette fantaisie; il n'y avait pas d'eau du tout; il n'y avait que des poissons. A onze heures du soir, il y en avait encore la moitié de vivants et agités de mouvements très vifs. C'était un spectacle que j'aurais voulu faire voir à une assemblée d'élèves.

Entre ces deux extrêmes, cet homme qui a un sperme absolument nul, et cet autre qui a un sperme d'une richesse incomparable, vous pouvez supposer toutes les nuances; elles existent toutes. Il y a l'homme ordinaire, celui qu'on trouve le plus communément, qui a une quantité honorable de sper-

matozoïdes de bonnes dimensions. Mais cela ne suffit pas d'avoir un bon nombre de spermatozoïdes; et voilà où je vais vous apprendre, je crois, quelque chose de nouveau, quelque chose qui n'est nulle part et que personne n'a dit. Bien plus, on a dit le contraire; et il n'y a pas encore longtemps. Faute de points de comparaison, des gens très instruits se sont trompés. Mon collègue et ami, M. Duplay, a fait insérer, en 1852, dans les *Archives de Médecine*, une étude très bien faite sur le sperme des vieillards; et il a démontré, ce qui est parfaitement vrai, que les vieillards, à quelque âge avancé qu'on les prenne, avaient des spermatozoïdes. Il a cité des hommes de près de 80 ans ayant des spermatozoïdes. J'ai fait moi-même des études semblables sur des hommes ayant entre 60 et 70 ans; et j'ai trouvé, comme mon collègue, qu'ils avaient des spermatozoïdes.

Mais voilà où l'on a fait une erreur très grosse. On a conclu que des hommes de 70, 75, 80 ans pouvaient facilement faire des enfants, puisqu'ils avaient des spermatozoïdes. C'est là une erreur, je le répète, colossale. Oui, les vieillards ont des spermatozoïdes; mais avec cette différence entre eux et ceux des jeunes gens, c'est qu'ils sont moitié moins longs, moitié moins gros, et pas du tout actifs. Ce sont des spermatozoïdes arrivés, comme leurs propriétaires, à l'état de vieillesse. C'est faute d'avoir comparé qu'on s'est trompé. On a dit : voilà le spermatozoïde, donc la fécondation est possible! Et remarquez bien qu'on peut les voir plus gros ou plus petits avec un microscope qui grossit plus ou moins. Il n'y a qu'une manière d'éviter l'erreur; je me suis gardé de négliger la précaution nécessaire.

Il y a près de trente ans que j'examine des spermes avec un *même* microscope, ayant un *même* grossissement. Si j'ai besoin de quelque renseignement ultérieur, j'examine alors avec des grossissements divers, mais je commence invariablement par le même. Cela n'a l'air de rien et tout est là. C'est pourquoi je ne suis pas exposé à les trouver plus gros dans un cas que dans l'autre. Si je les trouve plus gros, c'est qu'ils sont plus

gros, si je les trouve plus petits, c'est qu'ils sont plus petits, puisque j'ai toujours le même grossissement. Voilà comment j'ai pu arriver à vous dire : Oui, les vieillards ont des spermatozoïdes, mais ils ne valent rien. (Il peut y avoir des exceptions : il y a des exceptions à tout ; je pose là des règles générales.) Oui, les spermatozoïdes de vieillards ne valent rien ; ils ne peuvent pas féconder ; ils ont des dimensions infimes et ils n'ont que des mouvements sur place. Le spermatozoïde d'un homme jeune et vigoureux a des mouvements de progression très vifs ; le spermatozoïde d'un vieillard oscille, sans avancer. Voilà la vérité ! Ils ont moitié moins de volume, moitié moins de longueur, moitié moins de tête ; *ils ne peuvent pas féconder.*

Messieurs, vous êtes en droit de me demander : Comment le savez-vous ? Comment je le sais, je vais vous le dire. Je le sais parce que j'en ai trouvé, assez souvent, de pareils chez des jeunes gens dans certains cas, et parce que ces spermatozoïdes de jeunes gens ne pouvaient pas féconder et que la femme n'ayant aucun vice rédhibitoire, le ménage restait stérile, ce pourquoi on venait me consulter. La jeune femme était bien réglée, bien portante, vigoureuse même parfois, et ils n'avaient point d'enfants. Et de ces jeunes gens, combien j'ai vu de ceux-là qui avaient eu une orchite simple, — si elle avait été double, ils n'auraient pas eu du tout de spermatozoïdes, — des jeunes gens relevant d'une maladie grave, des jeunes gens ayant abusé des femmes, ayant commis des excès. J'ai connu même des hommes faits. J'avais dernièrement à traiter un Oriental. Les Orientaux aiment les femmes ; chez eux, la polygamie est organisée et légale, chez nous, elle n'est que clandestine. Cet homme était plus fort, plus solide, mieux bâti qu'un homme ordinaire. Il était âgé de 34 ans. Il avait une femme ravissante, tout ce qu'on peut rêver de plus délicieux comme femme. Mais il ne pouvait pas avoir d'enfants ; pourquoi ? Parce que, pendant dix ans, il avait abusé de la Mauresque. En un an, je l'ai remis sur pied.

Les gens qui n'ont pas de spermatozoïdes, on ne les guérit jamais; il n'y a que les gens qui en ont un peu, bons ou mauvais, que l'on peut espérer guérir.

Un conseil en passant. Quand vous trouverez un homme qui n'a pas de spermatozoïdes et qui n'a pas de postérité, ne lui dites jamais : Vous n'aurez point d'enfants. Je vous en prie, ne soyez jamais si affirmatif, parce que vous ne savez pas comment les choses se passent là-bas... et, comme je l'écrivais, il n'y a pas longtemps encore, la femme pourrait avoir une grossesse *collatérale*, espèce qui n'a pas été rangée dans les grossesses utérines, mais qui existe et n'est pas extrêmement rare. D'abord, vous ne vous imaginez pas combien un homme jeune est humilié quand on lui dit qu'il n'a pas de spermatozoïdes. J'en ai vu d'horriblement malheureux pour cette parole. Il n'y a pas quinze jours, j'ai vu un jeune homme des plus distingués, qui ne parlait rien moins que de se suicider. Je l'ai relevé, je l'ai remonté. — Quand je me suis fait examiner par les médecins, avant mon mariage, me disait-il, on m'a dit que je pouvais me marier. Il avait une charmante petite femme. — Allons, consolez-vous, lui dis-je, *cela marchera.* Cest un homme qui a eu une orchite simple, qui a des spermatozoïdes, maigres, il est vrai, mais qui en a. Si vous êtes trop affirmatif, c'est vous qui en souffrirez, en somme. Le mari ne connaît que très rarement son collaborateur. Sa femme viendrait à faire un enfant plus tard, savez-vous ce qu'il penserait, le mari. Il dirait : Cet imbécile de médecin, quel ignorant! quel âne! Croyez-vous qu'il m'a annoncé que je n'aurais jamais d'enfants, regardez donc Ernestine!

Il y a une question que je réserve; c'est l'avenir, probablement, qui l'éclairera. Pour moi, je suis incapable de la résoudre. Cependant, je ne puis m'empêcher de la poser. De même qu'il y a des spermes qui ne fécondent pas, n'y aurait-il pas, par hasard, chez la femme, des œufs qui ne peuvent pas être fécondés? Serait-il impossible que l'œuf humain nous présentât des conditions telles qu'il fût impropre à la fécon-

dation ? En un mot, peut-il y avoir un œuf malade, si je puis dire ainsi ? J'avoue que je ne vois rien d'impossible à ce fait. Nous sommes, à cet égard, dans une ignorance complète. Un jour viendra peut-être où l'on élucidera ces questions, comme on a élucidé la question du sperme chez l'homme. Mais, très certainement, on prévoit qu'il serait possible que, de même qu'il y a un sperme *nul*, il y eût des œufs *nuls* qui, pondus et tombés, fussent incapables d'être fécondés par suite d'une circonstance morbide des organes ou de l'organisme. Cela n'a rien d'invraisemblable, et en risquant cette hypothèse, je me contente d'énoncer la proposition, parce que nous ne savons rien sur ce sujet.

Messieurs, arrivons à la conclusion. C'est aujourd'hui la dernière leçon de ce semestre, et il faut que j'indique très brièvement les différents moyens de traiter ces accidents.

Pour l'état catarrhal, le catarrhe chronique, c'est tout simple : injections émollientes pendant quelques jours pour faire tomber la congestion. Puis, dans l'époque *intermenstruelle*, c'est-à-dire pas moins de 10 jours, pas plus de 15 jours après les règles, pratiquer la cautérisation *interne* de l'utérus, de la *cavité du corps et du col* avec différents instruments. Je me sers d'un instrument que je trouve excellent, parce qu'il ne peut pas blesser. Quand on craint de perforer l'utérus avec des porte-caustiques métalliques, comme cela est arrivé quelquefois, il faut se servir du mien, parce que ce porte-caustique étant monté sur une baleine souple, ne pourrait pas blesser la matrice quand même on le voudrait, attendu que cette baleine est très flexible. M. le professeur Richet se sert d'un porte-caustique en métal ; mais, entre les mains de M. Richet tout instrument est bon, parce que le manche est excellent. Quand on débute et qu'on a peur, mon porte-caustique offre toute sécurité. On place de la poudre de nitrate d'argent dans la cuvette, on la referme en graissant un peu l'appareil ; on fait pénétrer doucement l'instrument dans la cavité utérine, un indice montre quand on atteind le fond, on pousse légèrement,

la cuvette se vide, la cautérisation est faite, ce n'est pas plus difficile que cela.

Quand on craint encore de se servir du porte-caustique, voici un autre procédé qui m'appartient : il est destiné à prévenir toute espèce de crainte d'accidents. Ce sont des petits pinceaux d'ouate montés solidement sur des baleines très souples, de façon à ce qu'il soit impossible même d'entamer le tissu de la matrice. Il faut d'abord absterger *soigneusement* les culs-de-sac et la cavité du col, pour que le caustique porte sur le tissu et non sur le mucus. On imbibe alors le coton avec une goutte d'eau mise dans un petit godet, puis on verse de la poudre de nitrate d'argent ; on fait une sorte de pâte dont on imprègne le pinceau, et on le fait pénétrer dans la cavité du col, puis du corps ; une fois introduit, on peut badigeonner les surfaces internes sans grandes précautions ; il n'est pas possible de léser l'organe, même quand on le voudrait. La femme doit garder le lit pendant trois ou quatre jours, en continuant les émollients, et l'on fait ensuite des injections astringentes avec l'infusion vineuse de roses de Provins, le tannin, l'alun, etc. On est parfois obligé de recommencer la cautérisation une à deux fois, dans le même temps, chaque mois, et avec les mêmes précautions.

On arrive à guérir ainsi radicalement le catarrhe. Chez les femmes scrofuleuses ou herpétiques, la cure est parfois très longue. On la complète par les bains de mer, les eaux de la Bourboule, etc. Mais vous ne guérirez jamais le catarrhe, si vous ne modifiez pas la muqueuse par un caustique introduit dans la cavité utérine. Tous les sachets, toutes les charlataneries, toutes les eaux miraculeuses, les neuvaines, les cierges et autres stupidités, ne servent absolument à rien qu'à amuser les individus et à leur extorquer de l'argent. On peut parfois guérir des *flueurs blanches* qui viennent du vagin, par un sachet, de l'alun, des feuilles de noyer, mais jamais les catarrhes utérins ; pour ceux-là, je le répète, il faut modifier la muqueuse utérine, sans cela, pas de guérison possible.

Quant à l'étroitesse de l'orifice et à la conicité du col, le meilleur traitement est la dilatation. Moins brillant et plus long que le procédé de Sims, le traitement par la dilatation ne produit jamais d'accidents. La section a tué quelques femmes. Le sécateur de Sims est composé de deux lames qu'on introduit fermées dans l'utérus ; une fois entrées, on les écarte, l'on tire vers soi, et, en un instant, le col est coupé. Mais, je n'ai jamais voulu appliquer cette méthode, et je ne l'appliquerai jamais. Voici pourquoi : c'est qu'à ma connaissance seule, deux femmes en sont mortes.

J'ai appris, par un médecin étranger, qu'il y avait deux ou trois femmes mortes à Vienne par la section du col avec le sécateur américain. Je ne ferai jamais cette opération. Je crois honnête ce principe qu'il ne faut jamais exposer la vie d'une femme pour lui faire avoir un enfant. Il est permis de faire des opérations qui ne troublent pas la santé; mais, si une femme n'a pas d'enfants, je considère comme une mauvaise action toute opération qui compromettra sa vie ; elle n'aura pas d'enfant, voilà tout. Heureusement qu'il existe des procédés, sans aucun péril pour la vie, ni même pour la santé, et qui amènent le résultat désiré. Tel est celui qui a été décrit dans mon mémoire sur la dysménorrhée. C'est un dilatateur. Je dis tout de suite qu'il n'est absolument nécessaire que de dilater l'*orifice externe* ; et c'est pour n'y avoir pas songé plus tôt qu'on a parlé de section dans l'utérus. Comment voulez-vous que le col qui donne passage au sang menstruel ne donne pas passage aux spermatozoïdes ? La question à résoudre, c'est celle-ci : ouvrir largement l'orifice externe. Ce dilatateur remédie ainsi à la conicité du col. Il crée deux lèvres, une inférieure et l'autre supérieure, et on obtient un orifice transversal. Voilà les moyens que j'ai employés; quant aux éponges, laminaria, etc., leur emploi est moins favorable parce que ces procédés produisent une ouverture ronde et *ils sont plus dangereux*. Le temps me manque pour vous citer des faits. Tandis qu'avec le dilatateur, l'ouverture représente exactement l'orifice d'une multipare et il n'a aucun danger.

La lèvre inférieure reçoit le sperme et le conduit dans la cavité utérine. On fait la dilatation pendant un mois tous les deux ou trois jours. La première fois on obtient deux ou trois millimètres; la seconde fois, on obtient un millimètre de plus, puis chaque fois, on écarte les branches de plus en plus jusqu'à ce qu'on arrive à une grandeur suffisante, sans faire saigner, avec prudence, millimètre par millimètre. Il ne faut pas s'imaginer que l'orifice va rester ouvert à cette dimension. Les tissus vont revenir sur eux-mêmes; on obtiendra cependant une dimension plus que suffisante pour la fécondation. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'un an après avoir été dilaté, l'orifice est revenu plus étroit qu'à la fin de l'opération; mais il reste encore bien plus ouvert qu'il ne l'était avant l'opération; et c'est plus qu'il n'en faut pour la possibilité de la fécondation.

Je vais vous faire connaître maintenant une thérapeutique qui, je crois, n'a encore été enseignée par personne.

Quand vous aurez affaire à une femme présentant une déviation, vous aurez toujours soin de prendre les deux individus à part, la femme pour la confesser, et puis le mari après. Il ne faut pas les renseigner ensemble sur les moyens à employer et vous allez voir pourquoi. La femme a-t-elle une *antéversion*? Vous lui direz: « Ayez la bonté, s'il vous plaît, tous les soirs où vous devrez avoir des rapports avec votre mari, de ne pas uriner pendant cinq ou six heures. Ne vous inquiétez pas comment cela agit; ce n'est pas votre affaire, mais n'urinez pas. Vous voulez avoir des enfants, oui, et bien, vous urinerez *après*, mais pas *avant*. » S'il s'agit d'une *rétroversion*, vous lui direz: « Madame, à la fin de vos règles, vous mangerez beaucoup d'œufs et beaucoup de riz; vous prendrez même, pendant trois ou quatre jours, le soir, une petite pilule que je vais vous donner. » — Cette petite pilule serait simplement deux centigrammes et demi d'extrait thébaïque. — « Vous vous arrangerez, madame, pour ne pas aller à la selle pendant trois ou quatre jours; puis vous aurez des rapports avec votre mari; et vous n'irez à la selle qu'*après*. » — Bizarre, bizarre! Tout cela semble

en effet fort bizarre, et pourtant toute cette conduite est absolument raisonnable et basée sur l'anatomie et la physiologie.

Quand on prend un cadavre de femme de 30 à 40 ans ; quand on injecte la vessie, qu'on la remplit bien de liquide, on voit le fond de l'utérus se redresser, et se porter en arrière. Avez-vous compris maintenant ? Quand on prend le même cadavre, que l'on vide la vessie et qu'on remplit le rectum, après l'avoir lié et gonflé, avec de l'air ou de l'eau ; quand il est bien distendu, on voit le fond de l'utérus se renverser en avant. Vous avez saisi ce qui se passe, vous avez compris que le col doit nécessairement suivre la direction inverse au corps. Le corps est poussé *en arrière* par la vessie, le col bascule *en avant*. Le corps est poussé en avant par le rectum, le col est porté *en arrière*.

Un homme se présente un jour avec sa femme. L'homme, marié depuis quatre ans et demi, alsacien, bien bâti ; la femme bien constituée aussi, belle, blonde, fraîche. Pas de maladie, ni l'un, ni l'autre : homme, spermatozoïdes superbes et nombreux ; femme, utérus en bon état ; pas d'humidité, pas de catarrhe, rien. Pas d'enfant. Mais la matrice est en latéroversion gauche, le col pressé sur la paroi latérale droite du vagin, au point que l'orifice externe était bouché par cette paroi, appliquée sur lui. Fausse route de deux centimètres dans le cul-de-sac latéral gauche. Je dis au mari : « Vous avez eu jusqu'à présent des rapports avec votre femme dans les conditions classiques, n'est-ce pas, dans les situations consacrées par l'usage. » Le mari, brave garçon assez naïf, 28 à 30 ans, me répondit : « Dame, oui, Monsieur... à la bonne franquette. »

« — Vous allez changer vos habitudes. Vous allez placer votre femme sur le côté droit, absolument sur le côté droit.

« — Oui, Monsieur.

« — Et puis vous vous arrangerez comme vous voudrez ; ça ne me regarde pas.

« — Que diable, Monsieur..., mais je ne vois pas les choses faciles.

« — Si, si, si, vous verrez; retournez-la sur le côté droit; vous verrez.

« — Bien, Monsieur. »

Quinze jours après, la femme était enceinte. Elle a eu 5 enfants. Mais voilà où l'observation devient tout à fait drôlatique. Ce monsieur avait déjà quatre enfants, et il se dit : Quatre enfants, c'est assez; il faut arrêter ça. Et alors, il se fit ce raisonnement : J'ai été près de cinq ans à aimer ma femme dans une situation où je ne pouvais pas parvenir à lui faire d'enfant, c'est le moment de revenir aux anciennes habitudes. Son raisonnement, qui n'était certes pas celui d'un sot, fut appliqué sur-le-champ, et, du premier coup, il fit un enfant à sa femme.

Alors, il vint me retrouver l'air embarrassé, ne comprenant plus, et me dit : « Pourrez-vous croire, Monsieur, à ce qui m'arrive. Pendant plus de quatre ans, j'ai toujours agi comme je le fais aujourd'hui et je n'ai jamais pu avoir d'enfant, je suis venu vous consulter pour cela, vous m'avez donné le conseil d'aimer ma femme de profil. Ça m'a réussi, vous le savez, j'ai eu quatre enfants, j'ai pensé que c'était assez. Alors j'ai repris mon ancienne méthode. Elle en fait tout de même. Elle est enceinte. Elle en fait trop maintenant. Et comment cela est-il possible? — Amenez-moi votre femme. » Je touche sa femme; et voici ce qui était arrivé. C'est vraiment très curieux. Elle avait, quand elle était stérile, une déviation latérale *droite* tellement prononcée que c'*était une de celles* dont l'orifice était bouché par la paroi. Elle fait quatre enfants. Vous savez que dans la grossesse le col est porté à *gauche*, puisque le corps est 28 fois sur 30 incliné à *droite*. Peu à peu donc, par les grossesses, le col avait été porté excessivement à *gauche*, et, à force d'être à *gauche*, quand la grossesse était passée, il ne se replaçait qu'incomplètement dans la *latéroversion* droite, de façon qu'il se trouvait, ce col, presque dans la situation normale; aussi quand le mari s'avisa de reprendre les habitudes classiques, il se trouva dans la direction justement favorable à la conjonction du méat et de l'orifice.

« — Mais enfin, Monsieur le Docteur, comment faut-il faire pour ne plus avoir d'enfants ?

« — Sur cette question, lui dis-je, je ne réponds qu'aux maris dont les femmes sont exposées à mourir en accouchant. Pour eux, la formule est simple. Manger le poisson sans la sauce et jamais de contremarque.

« — Jamais de contremarque, je ne comprends pas?

« — Oui, cher Monsieur, dans les ménages qui ne doivent pas avoir d'enfants, sous peine de mort, la femme est semblable à l'honneur. Vous connaissez la définition :

L'honneur est comme une île escarpée et sans bords,

On n'y PEUT *plus.....*

« Les vieux maris sont forcés de respecter ce texte.

« Les jeunes le modifient... Ils disent :

On n'y DOIT *plus.....*, etc.

« Voilà tout le secret. »

Tels sont les moyens de remédier à ces déviations.

Après tous les soins que je viens de vous signaler, vous recommanderez aux époux d'avoir des rapports aux environs des règles, et jamais dans l'époque intermenstruelle. Vous imposerez au mari de rester ainsi trois semaines, un mois sans rapports avec sa femme, ces économies sont profitables ; puis, les rapprochements se feront pendant trois ou quatre jours de suite, dès que les règles cesseront. C'est un bon moyen. Si le coït avait lieu *avant* les règles, on courrait risque le mois suivant de détruire ce qu'on a fait, tandis que lorsque les règles viennent de cesser, on est sûr de ne pas risquer de détruire une grossesse commençante. Cependant, tous les deux mois, il n'y aurait pas d'inconvénient au rapprochement des époux *avant* les règles, tous les mois, il y aurait inconvénient. Ayant ainsi remédié chez la femme aux difficultés que vous pouvez constater, dites aux époux : Faites ainsi, et ne vous découragez pas ; car, s'il y a des femmes qui deviennent enceintes au bout de quelques jours, il y en a qui ne le deviennent qu'au bout de deux ou trois ans. J'en ai deux exemples : l'une l'est devenue au bout de trois ans, et l'autre un peu moins. Quand le sper-

matozoïde est bon; quand les difficultés sont aplanies, il n'y a plus qu'à avoir de la patience, comme je dis toujours aux époux : patience et ferveur et cela viendra.

Quant aux maris, si ce sont des gens qui ont eu une orchite simple, qui ont des spermatozoïdes grêles et en petit nombre, conseillez leur des exercices de gymnastique, de faire travailler les membres inférieurs (la natation, l'escrime, le vélocipède, la marche), une bonne nourriture et une continence extrême. J'ai retenu des maris pendant des six, huit mois, un an, et je ne les ai lâchés qu'après avoir examiné leur sperme et avoir constaté qu'il était devenu meilleur; s'il y a quelques spermatozoïdes, vous pouvez compter que vous améliorerez la situation de l'homme; mais, quand ils manqueront absolument, dans l'état actuel de nos connaissances, vous ne les guérirez pas.

Quant à la *fécondation artificielle*, elle ne trouve guère sa place qu'*une* fois sur *cent* ménages stériles. Le médecin qui sait découvrir l'obstacle à la fécondation, chez l'un ou l'autre des époux, n'aura presque jamais besoin de ce secours, qui une fois, par hasard, peut être utile après avoir épuisé la série des procédés naturels.

La *fécondation artificielle*, surtout réclamée par les hommes qui n'ont pas de spermatozoïdes, me paraît destinée à être exploitée par le charlatanisme aux dépens des dupes ignorantes qu'on trouve dans tous les rangs de la société.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

ET EN PARTICULIER DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC DOUBLE SUTURE DE L'UTÉRUS PAR LA MÉTHODE DE SÆNGER.

(Suite) (1).

Par J. Potocki, interne des hôpitaux.

Mentionnons enfin la quatrième gastro-élytrotomie faite par Skene (2) chez une femme rachitique qui guérit parfaitement, quoique la vessie fût légèrement sectionnée. L'enfant fut extrait vivant par la version.

Si nous ajoutons ce cas aux précédents, nous trouvons donc que sur 9 gastro-élytrotomies publiées, il y a eu 5 femmes guéries et 7 enfants vivants. Qu'en conclure? Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ce qu'a écrit M. Budin à la fin d'une revue sur l'opération césarienne (3).

« La gastro-élytrotomie est-elle réellement supérieure à l'opération césarienne? C'est ce que nous nous garderons bien d'affirmer, la pratique seule permettra de résoudre la question. Le succès obtenu par le Dr Skene pourra peut-être faire revenir les accoucheurs sur le jugement sévère qu'ils ont porté contre elle, surtout au moment où, pour éviter les accidents de l'opération césarienne, on n'a trouvé que l'ablation totale de l'utérus. »

EXTRACTION DU FOETUS, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES.

Fréquemment (1 fois sur 3), dans la section de l'utérus, on rencontre l'insertion placentaire ; il en résulte une hémorrha-

(1) Voy. *Annales de Gynécologie*, mars 1886.
(2) *Amer. Journal of med. sciences*, avril 1885, p. 594.
(3) *Progrès médical*, 1877, p. 721.

gie abondante qui effraie les opérateurs. Généralement, on conseille de se conduire de la façon suivante : l'incision de l'utérus étant achevée, l'accoucheur décolle le placenta, arrive sur les membranes, les rompt, saisit les pieds du fœtus et l'extrait; la conduite est analogue à celle qui est suivie dans les cas de placenta prævia.

Jœrg sectionne complètement le placenta à l'aide du bistouri; ce procédé est généralement considéré comme peu rationnel. Souvent on s'est vu forcé d'extraire le placenta avant le fœtus : il faut alors procéder avec rapidité, si on veut avoir l'enfant vivant. Dans une opération césarienne faite tout récemment (1), Sänger a incisé le placenta sur une partie de son étendue, sans que l'hémorrhagie en ait tiré un caractère de gravité particulière. Aussi est-il d'avis que l'incision du placenta est beaucoup moins dangereuse que celle d'un sinus veineux du segment inférieur de l'utérus. Il rejette en conséquence la ponction capillaire exploratrice d'Halbertsma (2) destinée à déterminer la situation du placenta. Il regarde comme inutile de faire l'incision en dehors du bord du placenta, comme le recommande cet auteur. Il est même dangereux, dit-il, d'imiter cette méthode, car on se rapproche forcément du bord de l'utérus, dont l'incision intéresserait les nombreux gros vaisseaux qui s'y trouvent.

L'utérus et l'œuf sont ouverts ; l'accoucheur saisit ordinairement le fœtus par la partie qui se présente : tête, bras, pieds. Il suffit de soulever simplement la tête pour la dégager des lèvres de l'incision; si elle oppose plus de résistance, on la saisira avec les deux mains. Le dégagement du fœtus est souvent impossible par le bras. Dans les cas ordinaires, on saisira le fœtus par le pied et on l'extraira exactement comme dans la version pelvienne, en recourant à la manœuvre de Mauriceau pour dégager la tête, s'il y a la moindre résistance de la part de l'utérus. A l'occasion, l'incision utérine serait

---

(1) *Arch. f. Gynäk.*, 1885, H. II.
(2) *Centralbl. f. Gynäk*, 1881, p. 68.

un peu agrandie à l'aide des ciseaux. *L'orifice césarien* de la matrice est absolument comparable à l'orifice physiologique de l'utérus, dans l'accouchement ordinaire ou mieux encore à l'orifice vulvaire.

Le fœtus extrait, fréquemment le placenta, décollé spontanément, fait saillie au niveau de la plaie utérine. Il suffit de le saisir, et de légères tractions amènent avec lui les membranes de l'œuf.

C'est le procédé le plus simple.

On n'a pas toujours opéré ainsi. Voulant se rapprocher davantage du mécanisme naturel de l'accouchement, et pensant par là même dilater plus complètement le col de l'utérus, de manière à rendre plus facile l'écoulement des lochies, quelques accoucheurs, et surtout Wigand et Maygrier, faisaient sortir le délivre par le vagin. A cet effet, le cordon, attaché à une tige de baleine était entraîné à travers l'orifice utérin et le vagin, et des tractions suffisantes sur le cordon amenaient ensuite le placenta.

TRAITEMENT DE LA PLAIE UTÉRINE.

C'est la plaie de l'utérus puerpéral qui caractérise plus particulièrement, avons-nous dit, l'opération césarienne : c'est sur elle que devait se porter principalement l'attention des accoucheurs; ils ont, en effet, exercé leur sagacité à rendre moins graves ou à écarter les accidents dont elle est la cause directe.

Tout d'abord, on a conservé l'utérus et on a cherché à traiter la plaie provenant de la section.

Très longtemps après, en présence des inconvénients multiples qu'elle offrait, on a enlevé l'utérus pour se débarrasser du même coup de la plaie utérine et des accidents qu'elle entraîne. D'où deux grandes méthodes d'opération césarienne (au point de vue de la conduite à tenir en face de l'utérus délivré) :

1° La méthode *conservatrice ;*

2° La méthode *radicale*.

Dans la méthode conservatrice, on peut considérer, dans l'ordre chronologique, quatre modes de traitement qui se sont suivis, sans que les derniers venus aient toujours joui d'une assez grande vogue pour remplacer leurs aînés.

A. — Dès le début, on s'abstient de toucher à la plaie utérine (1581).

Puis trois modes de *sutures* se succèdent :

B. — La suture simple de l'utérus (1769).

C. — La suture utéro-pariétale (1854).

D. — La suture séro-séreuse (1882).

La méthode radicale ou opération de Porro a conservé, à quelques différences près, la technique du chirurgien italien. Nous allons passer successivement en revue ces différents chapitres.

A. — *La plaie utérine n'est pas réunie.* — On essuie l'utérus, on le débarrasse des caillots qu'il renferme ; presque toujours les contractions de l'organe, unies à la rétraction de son tissu, suffisent à fermer la plaie. Quand l'utérus se contracte insuffisamment, on exerce sur lui des frictions, on administre de l'ergot de seigle, on a même conseillé l'application de l'électricité. L'insuffisance des contractions est la cause des hémorrhagies post partum ; l'hémorrhagie se faisant par les sinus, on comprime avec les doigts le tissu utérin aux points qui donnent du sang. Cette compression est ordinairement suffisante pour assurer l'hémostase. L'eau froide, la glace ont été surtout utilisées. On a aussi appliqué sur la plaie du perchlorure de fer, de l'acide sulfurique, des plumasseaux de charpie. On lit dans quelques observations qu'une ou plusieurs artères donnant du sang, on a été obligé de les lier à la manière ordinaire. C'est une méthode recommandée par Bell, Siebold et Rölgen.

Cela fait, l'hémostase immédiate étant obtenue, l'utérus de nouveau essuyé, la cavité du ventre débarrassée du liquide amniotique et du sang, on passe au traitement de la plaie ab-

dominale. D'hémorrhagie par la surface interne de l'utérus il ne saurait être plus question qu'après l'accouchement physiologique, lorsque l'utérus est bien contracté : il ne peut, en effet, rester le moindre cotylédon placentaire dans la cavité utérine sans qu'on s'en aperçoive, puisqu'on a cette cavité pour ainsi dire sous les yeux.

Mais la plaie, qui était souvent fermée quand on abandonnait l'utérus dans le ventre, se rouvrait quelquefois peu de temps après, sous l'influence du relâchement du muscle utérin. Les bords de la plaie de l'utérus n'étaient plus en contact, les vaisseaux pouvaient s'ouvrir et le sang passer en abondance dans la cavité péritonéale. Une hémorrhagie mortelle en était quelquefois la conséquence.

La béance ultérieure de la plaie utérine permet également plus tard le passage dans la cavité abdominale des lochies, qui ont autant de tendance à suivre cette voie qu'à s'écouler dans le vagin.

Pour éviter cette béance de la plaie, et le passage des lochies dans la cavité du ventre, Lauverjat incisait l'utérus transversalement au niveau de son fond. Dans le même but Cohnstein sectionnait la paroi postérieure de la matrice ; Kehrer faisait passer son incision transversalement sur le segment inférieur de l'utérus au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, comptant que l'antéflexion normale de l'utérus pourrait s'opposer plus efficacement à l'écartement des lèvres de la plaie. Mais cela ne suffisait pas et une grande partie des femmes succombaient.

L'examen cadavérique montrait presque toujours la plaie utérine entr'ouverte, ses lèvres renversées en dehors, comme taillées aux dépens de leur face externe; quelquefois cependant, mais rarement, réunies dans une partie de leur longueur ou de leur épaisseur; du sang, du pus accumulés dans le péritoine; des adhérences établies entre les lèvres de la plaie et la paroi abdominale ou les organes voisins ferment pour ainsi dire la plaie utérine à distance, dans les cas relativement heureux où la mort ne survenait pas en quelques heures par péritonite septique.

On ne manqua pas d'attribuer ces accidents à la béance de la plaie, mais on n'aurait pas songé à la suturer; avec les idées régnantes, il était considéré comme trop dangereux de traverser le tissu utérin et le péritoine par des fils. On s'enhardit cependant quelquefois, la main forcée par la nécessité.

Mais la suture fut surtout employée comme agent hémostatique dans les cas où une hémorrhagie foudroyante menaçait les jours de la femme : l'observation de Cazin, de Boulogne (1), est particulièrement intéressante à ce point de vue. Par la suture toutes les femmes ne guérissaient pas, aussi pendant longtemps la suture fut-elle accusée des accidents qui n'avaient cependant pas manqué de se produire avant elle. On l'accusa de favoriser la béance de la plaie, de déchirer l'utérus, de produire la gangrène utérine. Nous dirons bientôt la raison de ces faits.

B. — *Suture simple de l'utérus.* — « Une chose m'étonne, c'est que les maîtres de l'art, qui ont tant insisté pour démontrer le danger des épanchements dans la cavité abdominale, si prompte à s'enflammer, aient conseillé d'y laisser l'utérus béant, prêt à y verser le sang et les lochies. Que penserait-on d'un chirurgien qui, dans une opération de hernie étranglée, ayant ouvert l'intestin, réduirait dans la cavité abdominale cet intestin largement ouvert, et croirait avoir bien agi dans l'intérêt du malade, parce qu'il aurait, par une suture, diminué la largeur de la plaie faite à la paroi abdominale ? » (Pillore, *Gazette des Hôpitaux*, 1854 page 595.)

Le premier auteur connu qui ait suturé l'utérus est Lebas, maître en chirurgie à Mouilleron, qui opéra, le 27 août 1769, en appliquant trois points de suture : la femme fut sauvée.

Lauverjat, qui cite l'observation de Lebas, n'a jamais suturé l'utérus ; aussi est-il extraordinaire de lui voir attribuer quelquefois le mérite de l'invention de la suture.

---

(1) *Arch. Tocol.*, 1875, p. 710.

Avant Lebas, on avait bien parlé de la suture de l'utérus, mais pour la rejeter, comme inutile ou dangereuse.

Dans Rousset, on lit : « Hoc vero ita se nunc habere inde patet, quod sectæ uteri partes ad earum coalitura suturis non egeant. »

« Je n'ai garde, dit Levret (1), de parler de faire une suture à la matrice. Presque tous les chirurgiens savent que, outre qu'elle serait très préjudiciable, elle devient absolument inutile, à cause de la prodigieuse contracture qui arrive à cet organe très peu de temps après l'extraction du fœtus. »

Gardien et Capuron professent que la plaie de l'utérus n'exige aucun pansement, qu'elle se cicatrise d'elle-même.

Pour Baudelocque aîné, il faut que la plaie de la matrice soit guérie par les seuls efforts de la nature (2).

Stein le jeune, Joerg, la caractérisent aussi d'inutile.

Plus près de nous, quoique les succès de la suture se soient multipliés, les auteurs n'ont cependant pas été pénétrés de ses avantages.

Stolz (3) ne la trouve indiquée que lorsqu'il y a une plaie très étendue et béante.

Dans Cazeaux, on peut lire (9e édition, 1874, p. 1082) : « La plaie de l'utérus ne demande d'autre précaution que d'être bien nettoyée. »

M. Guéniot (*Bull. de thérap.*, 1870) dit que les sutures utérines agissent comme corps étrangers, exercent des tiraillements sur le tissu utérin et que, fermant la plaie du côté de la muqueuse, elles empêchent l'évacuation des liquides sécrétés par la plaie. En 1882, il écrit qu'une petite incision de l'utérus de 13 centimètres fait une plaie petite dont l'occlusion rend inutile l'application des sutures. Tout dernièrement, au con-

---

(1) *Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux.* Paris, 1770.

(2) *Recherches sur l'opération césarienne.* (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris,* an VII.)

(3) Art. CÉSARIENNE du *Dictionnaire de Jaccoud.*

traire (*Bull. Acad. méd.*, 16 juin 1885), il conseille de fermer la plaie par une suture appropriée. Les tendances sont aujourd'hui favorables à la réunion de la plaie de la matrice.

Après Lebas, il faut arriver, en France, à Godefroy (1) pour voir de nouveau employer la suture. Il fit trois points de suture, parce que la plaie était largement béante et qu'une anse d'intestin ou une portion d'épiploon pouvaient, dit-il, s'y engager et s'y étrangler; il voulait, en outre, empêcher les lochies et la suppuration de pénétrer dans l'abdomen.

Malgré son succès, il ne manqua pas de se disculper d'avoir suturé l'utérus, en rappelant une parole de Désormeaux traitant d'inhabile le chirurgien qui y aurait recours.

En 1845, Lestocquoy, d'Arras (2), ayant échoué une première fois par la méthode ordinaire, fit six points de suture dans sa seconde opération; les extrémités des fils, réunies en un paquet, furent amenées au dehors par l'angle inférieur de la plaie; la malade mourut le trente-deuxième jour, de perforation intestinale; l'intestin, qui avait toujours eu de la tendance à sortir par l'extrémité inférieure ouverte de la plaie abdominale, était ulcéré et perforé. Cet insuccès suggéra à Lestocquoy, quatorze ans plus tard, sa méthode de suture utéro-pariétale.

En Allemagne, Wiefel, d'Hülsenbusch (Westphalie), est le premier qui ait appliqué la suture (une seule suture) dans un cas d'opération césarienne. Son collègue Büren sutura également l'utérus (1835) (3). Wiefel ne devait pas être très convaincu des avantages de la suture, puisqu'il fit, après cette opération, plusieurs autres sections césariennes, mais sans employer la suture, influencé probablement par son confrère Winkel l'aîné, qui la rejetait.

Jusqu'alors, toutes les sutures avaient été faites avec du fil de

---

(1) *Gaz. des hôp.*, 1840.

(2) Dusart. Th. de Paris, 1867, p. 38. — L'observation de Lestocquoy y est publiée pour la première fois.

(3) *Arch. f. Gynäk*, 1882, p. 389.

chanvre ou du fil de soie, lorsque, en 1852, Frank, E. Polin, aux Etats-Unis, appliqua pour la première fois à la suture utérine, le fil d'argent qu'il avait vu employer à Marion Sims dans le traitement des fistules vésico-vaginales (1).

Stoltz utilisa aussi la suture d'argent en 1869 (2) et Cazin en 1874 (3).

En Angleterre, Baker Brown (4) fit le premier huit sutures, en 1867. Il fut imité par plusieurs de ses compatriotes. En Hollande, Simon Thomas, qui ne connaissait pas les travaux précédents, appliqua huit sutures d'argent, en 1869, coupa les fils ras, les replia et après une toilette péritonéale complète, sutura exactement la plaie abdominale. Suites de couches normales ; guérison en quatorze jours. Il conclut que l'on peut obtenir la guérison de la plaie utérine par première intention en la suturant bien exactement et qu'on peut abandonner sans inconvénient dans le ventre les fils d'argent (5).

Les Allemands n'ont employé la suture d'argent que beaucoup plus tard. Seul, Breisky (de Prague) l'utilisa en 1882 (6). La femme mourut, mais sa mort ne saurait être attribuée à l'opération césarienne.

L'argent et le fil de soie n'ont pas été les seules substances employées.

Lungren se servit une fois du crin de cheval, qu'il dit être trop élastique et pas assez solide. Grandesso Silvestri, en 1873, eut l'occasion d'appliquer la suture élastique pour réunir la plaie utérine dans un cas d'opération césarienne qui guérit. Il fit quatre sutures comprenant toute l'épaisseur de l'utérus, et un doigt fut interposé entre la plaie et le fil au moment de serrer celui-ci, pour éviter une constriction trop forte. Les fils

---

(1) Lungren. (*Amer. Journ. of Obst.*, 1881.)

(2) *Ann. de Gyn.*, 1874, t. 1, p. 303.

(3) *Ann. de tocol.*, 1875, p. 710.

(4) Th. Radfort. *Observations of the cæsarean sections*, 1880.

(5) Sänger. *Arch. f. Gynäk.*, 1882, H. II.

(6) *Wien. med. Woch.*, 1882, n° 5.

coupés ras furent abandonnés. Valentinotti, son assistant, attribue à la suture élastique la propriété de suivre l'utérus dans sa rétraction et, par conséquent, de maintenir les lèvres de la plaie utérine dans un contact parfait (1). Dans un autre cas, la femme mourut de péritonite.

Il est reconnu aujourd'hui que le fil élastique coupe les tissus qu'il comprend dans son anse, à moins, ce qui arrive souvent, qu'il ne cède à la chaleur et à l'humidité (2). Aussi l'a-t-on complètement abandonné.

Convaincu des dangers des sutures ordinaires, on a cherché à utiliser les fils résorbables. Dans deux cas où il employa le catgut, G. Veit (de Bonn) le fit avec succès. Plusieurs accoucheurs étrangers l'imitèrent d'abord avec avantage ; puis la série des insuccès commença et nous avons à enregistrer les faits malheureux de E. Martin, Breisky, Wasseige..., il y eut en peu de temps 18 cas mortels contre 6 cas heureux. C'était assez pour faire rejeter le catgut, qui n'est plus employé aujourd'hui. C'est qu'il se résorbe avant que la plaie ne soit réunie, ou bien le nœud se défait rapidement à la chaleur et à l'humidité et la plaie s'entr'ouvre, comme s'il n'y avait pas eu de suture.

On a, dans ces derniers temps, perfectionné la préparation du catgut pour le rendre plus résistant et plus réfractaire à la résorption ; Lister emploie le catgut préparé à l'acide chromique; Kocher l'a rendu exactement aseptique et analogue à la soie comme consistance en le laissant séjourner vingt-quatre heures dans l'huile de genièvre et en le conservant ensuite dans l'aclool absolu.

Peut-être ces nouveaux catguts rendront-ils des services et y reviendra-t-on plus tard, imitant la pratique de Schrœder qui suture au catgut le pédicule dans l'hystérectomie abdominale.

Combien a-t-on appliqué de sutures? Un nombre très va-

(1) *L'osservatore, gaz. delle cliniche di Torino*, nov. 1873.

(2) Stoltz. *Ann. de gyn.*, 1874, I, 301.

riable : 1, 2, 3, jusqu'à 8 et 10. Les succès paraissent en raison directe du nombre des sutures, les statistiques n'ont pas grande valeur prises séparément ; mais elles sont concordantes.

Il est à remarquer que dans le plus grand nombre des cas la suture n'a été appliquée que dans le but de faire l'hémostase ; c'est ce qui explique le petit nombre de ces sutures qui n'ont dans ces conditions que l'importance de simples ligatures.

On a employé presque tous les genres de suture : suture entrecoupée, en surjet du pelletier, voire même enchevillée !

Toutes les fois qu'on suturait l'utérus on songeait à la manière dont plus tard on enlèverait les fils, et en 1875 encore, Cazin écrivait (1) : « Nous devons dire que le mode de suture que nous avons employé a un inconvénient : *c'est la difficulté d'ablation des fils.* »

Peu nombreux étaient les auteurs qui coupaient les fils ras, et osaient les abandonner dans le péritoine.

Faisait-on une suture entrecoupée, on réunissait les longues extrémités des fils en un paquet qu'on faisait passer dans l'angle inférieur de la plaie abdominale ; puis tous les jours on exerçait sur eux des tractions pour hâter leur sortie. On a imaginé dans ce but les procédés les plus ingénieux (2).

D'autres se proposaient d'extraire les fils par le vagin. C'est alors qu'en 1848, Didot suturait l'utérus avec un fil qu'il serrait comme un nœud coulant du côté de la cavité utérine et faisait passer les fils dans le vagin (3). Lestocquoy avait imaginé, en 1845, un procédé analogue qui ne fut publié que plus tard (4).

Spencer Wells fit une suture en surjet et amena le fil dans le vagin par où il réussit à l'extraire au bout de quelques jours (5).

---

(1) *Arch. de tocol.*, p. 718.

(2) *Revue photogr. des hôpitaux*, janv. et fév. 1869.

(3) *Bull. acad. de med. de Belgique*, t. VIII, p. 1302.

(4) Dusart. Th. de Paris, 1867, p. 38.

(5) *Med. Times and Gaz.*, 1865, t. II, p. 359.

En suturant l'utérus on a, la plupart du temps, intéressé toute l'épaisseur de l'organe ; de sorte que par le canal creusé par la suppuration au niveau du fil, le péritoine et la cavité utérine étant mis en communication l'une avec l'autre, les avantages de la suture disparaissaient par là même.

Seuls, Didot et Lestocquoy proposèrent une suture qui n'intéressait pas le revêtement péritonéal et isolait, par suite, la séreuse.

Que conclure de ces faits? Que si aujourd'hui nous voulions suturer l'utérus par un des procédés précédemment décrits, nous ne prendrions plus la précaution de réserver une voie de sortie aux fils. Si nos fils sont aseptiques, s'ils ne pénètrent pas dans la cavité utérine après avoir traversé la caduque, ils seront facilement supportés et ne pourront, en aucune façon, être nuisibles. Sont-ils métalliques ou de résorption difficile, on les verra s'enkyster dans une gangue conjonctive de nouvelle formation. Sont-ils de substance animale ou végétale, ils se dissoudront peu à peu par une sorte de « digestion intra-péritonéale » selon l'heureuse expression de Mikulicz. Il est prouvé aujourd'hui que c'est d'une façon très exceptionnelle que les fils non élastiques coupent les tissus ; s'ils le faisaient communément à l'époque pré-antiseptique, cela tient aux conditions de malpropreté dans lesquelles les opérations étaient exécutées.

On n'a eu que rarement l'occasion de vérifier ces faits pour l'opération césarienne classique ; c'est que depuis 1877 on s'est presque toujours adressé à la méthode de Porro.

Les observations de Frank, E. Polin et Lungren (1) n'en sont pas moins intéressantes à ce sujet.

A l'autopsie d'une femme qui avait subi la section césarienne vingt-deux ans auparavant, le premier de ces auteurs trouva l'utérus réuni et les fils enkystés.

Lungren opéra pour la deuxième fois, en 1880, une femme à qui il avait fait une première opération césarienne en 1875, et chez laquelle il avait suturé l'utérus au fil d'argent. Il trouva

(1) *Am. Journ. of. Obst.*, janvier 1881.

les fils anciens logés sous la séreuse, absolument inoffensifs.

Quant à la substance de la suture, on ne devra se servir dorénavant que de fil d'argent et de soie phéniquée. Le fil d'argent est aujourd'hui généralement adopté pour les sutures profondes ; tandis qu'on réserve le fil de soie pour les fines sutures superficielles.

Schauta, d'Innsbruck, a récemment attiré l'attention sur ce fait que la soie agit un peu à la longue comme le ferait un fil élastique (1).

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

AFFECTIONS PAPILLOMATEUSES KYSTIQUES DES LIGAMENTS LARGES.

PARTICULARITÉS CLINIQUES ET OPÉRATOIRES QUI LEUR SONT PROPRES. — TROIS OBSERVATIONS.

Par **J.-G. Smith** (de Bristol),
Chirurgien de la « Bristol royal infirmary. »

C'est à peine si l'on reconnaît, encore aujourd'hui, que dans le domaine de la chirurgie pratique les papillomes des ligaments larges constituent vraiment un groupe à part. Dans aucun des traités pratiques que j'ai eus dans les mains, je n'ai constaté une seule tentative faite pour les isoler comme formant une entité morbide spéciale ; bien plus, dans beaucoup d'entre eux, il n'en était pas fait la moindre mention. Coblentz (de Halle) a cependant, dans une série de monographies, minutieusement étudié leur pathologie et publié un certain nombre de faits. Alban Doran, dans son bel ouvrage sur les tumeurs de l'ovaire, des trompes de Fallope et des ligaments larges, a augmenté la somme de nos connaissances sur

---

(1) *Wien. med. Wochens.*, janvier 1886.

la matière et, par l'histoire résumée de 9 cas. observés à « Samaritan hospital », il a mieux fait connaître les côtés cliniques de l'affection. Sauf quelques observations consignées dans les traités et dans les journaux, et citées la plupart du temps comme exemples d'opérations difficiles, à cela se réduit la littérature médicale sur le sujet qui nous occupe.

Qu'il soit digne, néanmoins, d'être l'objet de recherches minutieuses, cela n'est point douteux pour différentes raisons. Et d'abord, l'ablation de ces tumeurs est une des opérations les plus difficiles parmi les plus difficiles de la chirurgie abdominale. Elle exige, de la part de l'opérateur, une expérience antérieure égale à celle que doit posséder tout chirurgien qui se dispose à faire l'hystérectomie, ou à réséquer une portion d'intestin. Puis, le fait seul de l'existence d'un papillome crée pour la patiente des risques beaucoup plus grands que lorsqu'il s'agit d'un kyste ovarique ordinaire; car les tumeurs papillomateuses sont plus exposées à se rompre et l'infection générale du péritoine peut être la conséquence de cette rupture. Il y a donc utilité à ce que tous les éléments propres à nous éclairer sur le diagnostic et sur le traitement de ces tumeurs soient mis à la connaissance des praticiens; aussi j'apporte mon expérience, avec les enseignements qu'elle m'a donnés, dans l'espoir de concourir à la réalisation de ce but.

Observation I.

Tumeur papillomateuse du ligament large droit; connexions intimes avec l'utérus très augmenté de volume; énucléation; face postérieure et fond de la matrice dépouillés de leur revêtement péritonéal; hémorrhagie abondante; emploi du cautère actuel; guérison.

Mme R..., 32 ans, en proie à des douleurs abdominales, me fut envoyée en mars 1882, par le Dr Challacombe (de Bristol). Mariée deux fois, pas de grossesse. Une année auparavant, six mois après son second mariage, elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume, et, bien que régulièrement menstruée, elle se crut enceinte et prit toutes ses dispositions en vue de l'accouchement prévu. Mais, quand le terme normal de la gestation fut passé, elle consulta un médecin qui, ayant diagnostiqué une tumeur de l'ovaire, m'adressa sa cliente.

État actuel. — Tout le côté droit de l'abdomen est occupé par une tumeur molle, vaguement fluctuante. A gauche, remontant presque jusqu'à l'ombilic et séparée de la masse située à droite par une dépression profonde, existe une tumeur kystique, à surface irrégulière, et qui fournit une sensation vague de fluctuation. Entre les deux tumeurs, dans le sillon qui les sépare et accessible par le palper, repose un corps ferme, résistant, que l'hystéromètre démontre être l'utérus augmenté de volume. Par le toucher vaginal, on constate, dans le cul-de-sac de Douglas, un kyste fluctuant et absolument immobile. L'utérus, assez élevé, reste à la portée de l'index; il laisse pénétrer 10 centimètres environ de l'hystéromètre.

Opération. — Assistants : MM. Haisant, Bush, Challacombe et Yyffe.

A l'ouverture de la cavité abdominale, l'utérus se montre entre les deux productions kystiques et, en apparence, uni à elles. La poche volumineuse du côté droit est ponctionnée ; il en sort un liquide laiteux, qui s'écoule librement jusqu'à ce que la tumeur ait à peu près diminué de moitié. L'écoulement s'arrête alors tout d'un coup. Le trocart enlevé, l'orifice de la ponction est amené au niveau de la plaie et agrandi pour qu'on puisse rompre ce qu'on suppose être des kystes secondaires. Mais on retire une pleine poignée de tissu papillomateux, et il se produit une hémorrhagie si considérable qu'on se hâte de remplir la poche avec des éponges. On s'occupe ensuite des tumeurs kystiques situées à gauche. De l'une d'elles s'échappe un liquide clair comme de l'eau ; d'une autre, au contraire, du sang presque pur, très foncé. Le kyste, situé dans le cul-de-sac de Douglas, inaccessible au trocart, se rompt au cours des manœuvres. Il est maintenant manifeste que le néoplasme s'est développé dans l'épaisseur du ligament large droit, et qu'il adhère à toute la face postérieure et au fond de l'utérus. En haut, l'incision est prolongée jusqu'à l'ombilic ; en bas, aussi loin que possible. Après ligature et destruction des quelques adhérences épiploïques et intestinales, la tumeur est rabattue sur le pubis et sur les cuisses. Enfin, après une dissection laborieuse au cours de laquelle on doit recourir fréquemment au cautère actuel pour arrêter une hémorrhagie abondante, la tumeur est énucléée. L'utérus est privé de son revêtement péritonéal sur ses faces postérieure et supérieure, et il n'y a plus que quelques débris du ligament large droit. L'uretère droit, dénudé, est parfaitement visible. L'ovaire gauche, sur lequel on constate le début d'une affection kystique, est enlevé. L'hémorrhagie étant complètement arrêtée,

l'utérus est replacé dans sa situation normale et la plaie abdominale fermée. Imprudemment peut-être, je n'ai pas mis de tube à drainage. *Durée de l'opération :* une heure et quart.

Bien que la patiente fût restée dans le collapsus durant quelques heures après l'opération, elle guérit parfaitement. Elle présenta néanmoins, trois semaines après l'intervention, une élévation de température considérable, 40°, mais qui tomba rapidement. Je pense qu'elle succéda à la formation dans le bassin d'un hématome considérable.

Observation II.

Papillome du ligament large gauche; la tumeur se rompit spontanément au moins douze fois: énucléation et dénudation d'une partie du corps et du fond de la matrice; hémorrhagie abondante; emploi du cautère actuel; guérison.

Mme P..., 40 ans, mère de quatre enfants, me fut envoyée par M. Newstead (de Clifton), en septembre 1884. Elle avait une tumeur abdominale qui, pendant quatre ans, avait lentement augmenté de volume. Le détail le plus intéressant de son histoire pathologique, c'est que, durant ces quatre années, elle avait été sujette, au moins quatre fois par an, à de grands malaises, liés vraisemblablement à la rupture de la tumeur. En effet, au moment même du *summum* des accidents, le ventre diminuait subitement et devenait moins tendu. Puis, dans l'intervalle, la tuméfaction se reproduisait lentement, jusqu'à occurrence d'une nouvelle rupture. Les malaises habituels consistaient en troubles de la miction, constipation qui nécessitait l'usage répété des purgatifs. Au moment des ruptures, elle était prise de malaises toujours sérieux, parfois même inquiétants. M. Newstead l'avait vue dans trois de ces attaques; je la vis, avec lui, dans une quatrième crise. Je l'avais vue précisément, un peu avant, j'avais même fait quelques mensurations et des dessins indiquant la situation respective des différentes masses. Or, après la crise, le kyste le plus proéminent avait complètement disparu et les kystes secondaires ne paraissaient plus aussi tendus. La patiente présentait, à ce moment, tous les signes d'une péritonite aiguë : pouls petit, rapide, nausées, vomissements, prostration extrême. Elle me parut tellement malade que l'intervention immédiate me sembla être la meilleure chance de salut, et je n'y renonçai que devant les affirmations de mon collègue, qui m'assura avoir déjà vu sa cliente dans une situation aussi critique. L'opération fut remise à un mois plus tard.

État actuel. — La tumeur est très irrégulière et occupe principalement le côté gauche de l'abdomen. A gauche, s'élevant immédiatement au-dessous des côtes, est un kyste uni, à parois molles et peu tendu. A droite, pointant de l'excavation pelvienne, existent plusieurs petites tumeurs, faiblement fluctuantes. Entre les deux masses et dans un sillon assez profond, on trouve l'utérus qui admet l'hystéromètre sur une longueur de 11 centimètres environ. Le toucher vaginal permet de constater dans le cul-de-sac de Douglas un certain nombre de petits kystes résistants. L'orifice utérin est élevé et la matrice, comme la masse de la tumeur, est absolument immobilisée.

Opération. — Assistants, MM. Bush et Haisaut.

Même manuel opératoire que dans le cas précédent. L'utérus, très augmenté de volume, se présente au niveau de la plaie abdominale. Les néoplasmes sont étroitement unis à sa face gauche, à son fond, et ils empiètent un peu sur ses faces antérieure et postérieure. Un trocart est enfoncé dans la poche principale ; mais il ne s'écoule qu'une très faible quantité de liquide. On évacue un kyste, situé en arrière de l'utérus, et qui contient une assez grande quantité de liquide séro-sanguin ; cela donne une certaine mobilité à l'ensemble. La main introduite dans le cul-de-sac de Douglas y détruit quelques adhérences qui y fixent un certain nombre de kystes ; après quoi, ils sont amenés au niveau de la plaie abdominale où ils sont largement incisés. Cette excision préalable permet de procéder plus facilement à l'énucléation de la masse principale. Une sonde placée dans la matrice sert de guide ; car les connexions sont tellement intimes qu'il est matériellement impossible de dire où finit le néoplasme, où commence le tissu utérin. Je sépare successivement la tumeur de la face antérieure, du fond de l'utérus, et je poursuis la dissociation sur les parois postérieure et latérale gauche. L'hémorrhagie est considérable ; et à mesure que la dissection devient plus profonde la perte de sang est aussi plus difficile à arrêter. J'élargis l'incision et j'essaie de dégager la poche principale. Durant cette tentative, la paroi cède et une bonne quantité de tissu morbide et papillomateux tombe dans la cavité péritonéale. Enfin, je puis terminer la dissection en arrière et à gauche ; mais après les derniers coups de bistouri, le sang s'échappe abondamment au niveau du siège habituel de l'artère utérine. Le cautère actuel ne suffisant pas à réprimer l'hémorrhagie, j'applique une ligature. La tumeur était si intimement unie à la paroi latérale de l'utérus, que dans la masse enlevée je constate une bande de tissu

utérin de 3 centimètres de largeur sur 8 centimètres de longueur environ. Comme il s'écoulait encore du sang de la surface utérine dénudée, j'eus largement recours au cautère actuel. L'ovaire droit, qui paraissait sain, fut laissé en place. La cavité abdominale fut soigneusement nettoyée et un tube de verre à drainage laissé à demeure. Durée de l'opération, une heure.

L'état de l'opérée fut grave durant une semaine : vomissements, pouls rapide, agitation extrême. Durant quatre jours, il s'écoula par le tube une grande quantité de sang pur ; pendant les trois jours qui suivirent de la sérosité sanguinolente. Le tube fut ensuite enlevé. Pendant la première semaine, la malade fut nourrie exclusivement au moyen de lavements avec des peptones alimentaires. Une ou deux fois par jour on donnait en outre des injections d'eau chaude pour calmer la soif.

La convalescence marcha ensuite rapidement ; la malade se rétablit et vit revenir ses menstrues d'une façon régulière et sans douleurs.

OBSERVATION III.

Papillome kystique du ligament large droit; suppuration dans les kystes secondaires; refoulement en haut de la vessie appliquée sur la tumeur; énucléation après dénudation d'une partie de la surface de l'utérus; pyo-salpingite du côté gauche; extirpation de la trompe; guérison.

Mme C..., 47 ans, veuve sans enfants, me fut envoyée en juin 1885, par le Dr Steele (de Clifton), à « Bristol infirmary ». Cette femme avait, deux ans auparavant, constaté l'apparition, dans la région hypogastrique droite, d'une tumeur qui augmentait lentement de volume. Depuis six mois elle avait beaucoup maigri et ses principaux malaises consistaient en envies fréquentes d'uriner, allant presque jusqu'à l'incontinence. Mais, à plusieurs reprises, il y avait eu rétention d'urine et il avait fallu recourir au cathétérisme. Il y avait aussi de la constipation qui nécessitait l'usage répété de purgatifs. Circonstance curieuse qui s'était montrée pendant plusieurs mois, elle ne pouvait accomplir l'acte de la défécation que dans une position presque verticale.

Etat actuel. — La partie inférieure et moyenne de l'abdomen est occupée par deux masses séparées par une dépression. Celle qui siège à droite donne la sensation d'un myôme mou, pas de fluctuation. A gauche, on peut, au plus, dire qu'il existe une production nodulaire ;

l'épaisseur remarquable de la paroi abdominale et l'interposition de plusieurs anses intestinales s'opposent à un diagnostic plus précis. L'orifice du col reste inaccessible au doigt. Le vagin, très fortement attiré par en haut, est transformé en un canal étroit, dont il est impossible d'atteindre la partie supérieure, malgré des tentatives réitérées. La paroi vaginale postérieure est fortement refoulée en avant par des kystes qui occupent l'espace de Douglas et qui compriment le rectum. Ces kystes sont très sensibles au toucher et cette exploration cause à la femme de très vives souffrances.

Opération. — Elle fut pratiquée à la salle d'opération de la « Royal Infirmary ». Elle fut très difficile et très accidentée. Après avoir fait, au lieu d'élection, une incision de 55 millim. environ, je rencontre un corps mou, polypoïde, qui fait saillie à travers la plaie. Une sonde, introduite dans l'utérus, fait bientôt reconnaître que ce corps n'est autre chose que la vessie complètement vide, mais fortement refoulée en haut. Je prolonge l'incision jusqu'à l'ombilic, et après avoir divisé le péritoine, je constate qu'il est si étroitement adhérent à l'épiploon qu'au lieu de chercher à l'isoler, je préfère inciser également celui-ci. Ce que je fais sur une étendue égale à celle de la plaie cutanée, après application d'une double ligature. La vessie se présentant constamment dans la plaie et gênant les manœuvres, on applique sur elle une éponge plate qui permet de l'écarter du champ opératoire. L'utérus, très augmenté de volume, est situé au-dessous de la plaie cutanée, et est entouré par le néoplasme qui paraît lui adhérer intimement du côté droit. La masse est si solidement immobilisée qu'il est impossible de l'amener dans la plaie abdominale pour la ponctionner. La poche kystique volumineuse, située à droite, donne issue à environ un litre d'un liquide d'apparence laiteuse, puis l'écoulement cesse. Le trocart est retiré et l'orifice de la ponction fermé avec une pince à mors larges. J'attaque ensuite les masses kystiques de gauche. De l'une, s'échappe un liquide clair, de l'autre, du pus, que quelques-uns des assistants tiennent pour putride. Cela me décide à ne plus faire de ponctions à une si grande distance de la paroi abdominale ; l'orifice de la ponction est également fermé avec une pince ; on place un certain nombre d'éponges dans le bassin et je procède à l'énucléation de la tumeur.

Je jette sur une masse de tissu épais, sur lequel est appliquée une trompe de Fallope dilatée et qui s'étend de la corne de la matrice à la tumeur, une ligature, dans la crainte d'ouvrir, en la sectionnant,

quelque vaisseau important. Puis, avec les ciseaux, je sépare rapidement la tumeur de la vessie et de l'utérus, après avoir placé, par précaution, une pince à chaque extrémité. Je sépare ensuite les kystes secondaires de leurs nombreuses connexions et la masse kystique peut être enlevée.

Pendant toutes ces manœuvres, l'utérus reste absolument immobilisé et cette circonstance est due à l'existence d'un second kyste, de la grosseur d'un œuf d'oie, situé très haut dans l'abdomen, près du rein gauche, qui tire fortement sur le ligament large gauche, extrêmement épaissi et hypertrophié. Le fond de l'utérus affleure à l'ombilic. Ce kyste, enfoui au milieu de tissus inflammatoires, est énucléé ; il se rupture au cours des manœuvres, et son contenu, du pus absolument pur, s'évacue dans la cavité abdominale. Après son extirpation, il reste au point où il était implanté, une sorte de cupule à parois épaisses et dures, dans laquelle on peut faire entrer l'extrémité des doigts. Cette dépression, ainsi que la cavité abdominale, sont l'objet d'une toilette minutieuse. Un tube de verre à drainage est mis à demeure. — *Durée de l'opération :* une heure un quart.

Guérison parfaite. Le tube avait été enlevé le quatrième jour. Il avait donné issue à une quantité assez considérable de sang et de sérosités sanguinolentes.

Ces opérations furent toujours pratiquées avec l'observation rigoureuse de toutes les précautions que comporte la méthode de Lister; les pansements faits avec la gaze ordinaire furent enlevés à la fin de la première semaine, au même moment où l'on enleva les fils de suture.

Les rapports de similitude qui existent entre ces trois faits, qu'on les envisage au point de vue clinique, opératoire ou histologique, sont trop étroits pour qu'ils soient seulement accidentels. Les tumeurs dont il s'agit se distinguent des tumeurs ovariques et des tumeurs utérines. Leur caractère primordial est de se développer dans l'épaisseur des ligaments larges et de contenir des éléments papillaires, en choux-fleurs.

Bien que n'ayant aucune prétention de hasarder une opinion personnelle sur leur nature vraie ou sur leur pathogénie, je n'hésite pas à les ranger parmi celles que A. Doran a réunies sous l'étiquette *d'affections papillomateuses des ligaments larges*.

Tous les néoplasmes présentaient une poche kystique principale, à parois épaisses, située dans l'épaisseur des ligaments larges, et dépourvue de tout pédicule au niveau de l'utérus. Pour tous, il y avait également des kystes secondaires, la plupart à parois minces, contenant un liquide clair ou sanguin, quelquefois du pus. Dans deux, il y avait des éléments papillaires. Aucun ne présentait la moindre apparence de pédiculisation. Dans le premier et dans le deuxième cas, la poche principale était à moitié pleine de substance papillomateuse: dans le troisième, on trouva de cette substance dans deux kystes secondaires aussi bien que dans le kyste principal, mais seulement en petite quantité, un quart à un sixième de la cavité. Dans le premier cas, la situation de la trompe et de l'ovaire ne fut pas notée. Dans le second, la trompe de Fallope, très dilatée, était appliquée sur la face antérieure de la poche principale, et l'ovaire, singulièrement atrophié, reposait sur la paroi kystique, au-dessus de la trompe. Dans le troisième cas, l'ovaire était manifestement dans la paroi de la tumeur, et la trompe faisait relief sur la partie supérieure de la poche principale.

DIAGNOSTIC.

1° *Développement asymétrique.* — Les tumeurs en question se développent d'une façon asymétrique. Nées dans l'épaisseur des ligaments larges et dépourvues de pédicules qui leur permettraient de s'échapper de la cavité pelvienne, elles y sont invariablement retenues et ne peuvent, en augmentant de volume, s'élever vers la partie moyenne de l'abdomen. Les kystes secondaires se portent, au contraire, vers les régions du bassin restées libres. Les kystes ovariques, en général, ne se localisent pas aussi longtemps d'un seul côté et n'affectent pas une forme aussi irrégulière. De plus, ils ne sont ni aussi profondément, ni aussi solidement fixées dans le bassin.

Quant aux dégénérescences kystiques de l'utérus, elles prêtent moins aux erreurs de diagnostic.

2° *Multiplicité et isolement des kystes.* — Autre particularité.

Il ne s'agit pas ici simplement d'un kyste multiloculaire ; d'une poche primitive subdivisée, par des cloisons, en une série de poches secondaires. Non, on est en présence du développement d'un certain nombre de kystes, parfaitement isolés, sessiles, et correspondant à une base commune.

3° *Immobilisation.* — Un autre caractère est fourni par leur immobilité. Dès le début et dans les périodes plus avancées de leur évolution, il est absolument impossible de les mobiliser, au moins pour leurs parties profondes. Le toucher vaginal fournit, en particulier, une sensation de résistance insurmontable. La tumeur principale est doublement fixée dans sa situation par les ligaments larges et par les kystes secondaires accumulés dans le bassin.

4° *Augmentation de volume et élévation de l'utérus.* —Les conditions pathogéniques de ces deux caractères sont évidentes. Ce sont les connexions vasculaires et la continuité de tissu qui existent entre l'utérus et le néoplasme.

5° *Troubles de la miction et de la défécation.* — Ils doivent fatalement se produire. La tumeur, invariablement fixée dans le bassin, ne peut manquer, en se développant, de comprimer la vessie et le rectum.

6° *Tendance à la rupture.* — Il semble que les tumeurs papillomateuses aient une tendance toute spéciale à se rompre. Dans ma seconde observation, il y a ce fait extraordinaire, unique peut-être, qui consiste dans la production répétée, au moins douze fois, de la rupture. Dans le premier et dans le troisième cas, il survint aussi des accidents aigus, très compatibles avec l'occurence de cet accident.

M. Doran insiste sur cette disposition qu'ont les kystes papillomateux à se rompre, et montre l'importance de cette éventualité au point de vue de de l'infection générale du péritoine.

Je pense que, dans mes observations, ce ne sont pas les poches volumineuses contenant des éléments papillaires qui se sont rompues, mais bien des kystes secondaires à parois minces et dépourvus de ces éléments. La constatation d'un cer-

tain nombre de cicatrices dans les sillons de séparation existant entre ces kystes secondaires me paraît confirmer cette opinion. Un simple écoulement à travers une ouverture étroite, sans formation de déchirure plus étendue, mode d'ailleurs le plus habituel d'évacuation des liquides enkystés, ne provoquera pas des phénomènes réactionnels aigus. En outre, il est clair que la rupture d'une poche peu volumineuse n'amènera pas une diminution notable du volume du ventre ni un relâchement marqué des parois de la tumeur. (*Annals of Surgery*, décembre 1885.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 11 mars 1886.

M. Charpentier lit une observation de **présentation de la face en M. I. D. A. avec enclavement ayant nécessité la détroncation**, observation envoyée par le Dr Martel (de Saint-Malo). L'auteur conclut, en raison des difficultés qu'il a rencontrées, qu'il y a lieu, *dans les cas de présentation de la face par le menton, de mettre en pratique, avant l'engagement, le conseil que donne Mme La Chapelle, de pratiquer immédiatement la version podalique, lorsque, comme c'est la règle, la réduction manuelle est impossible.*

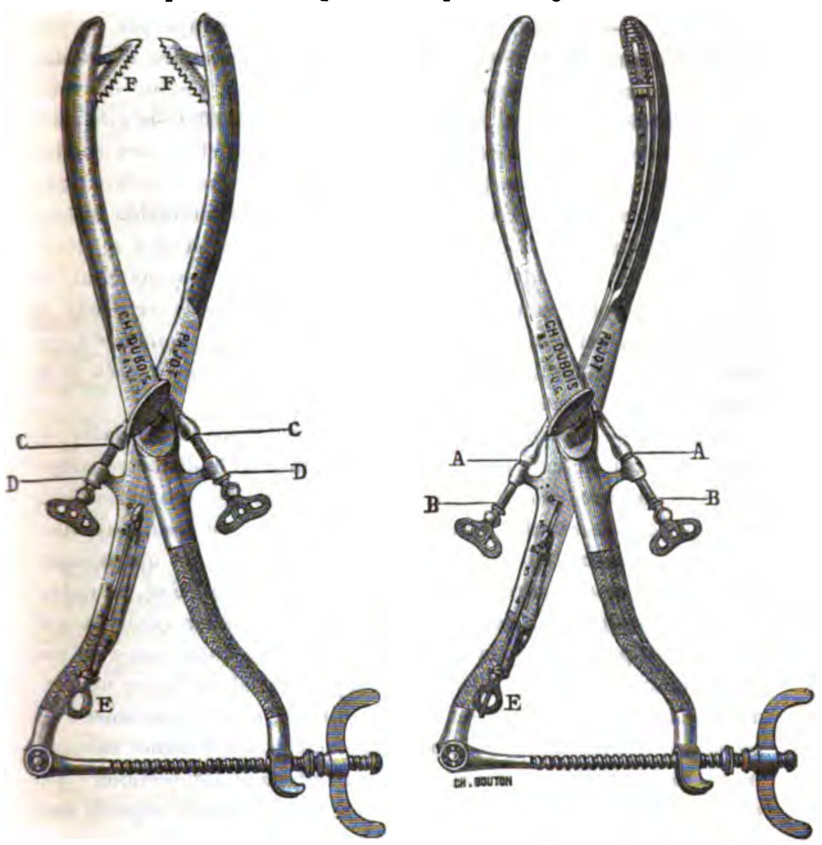
M. Pajot. — Comme aimait à le répéter P. Dubois, il faut bien se garder de tirer d'un fait isolé des règles générales de pratique. Ainsi. il semblerait, d'après cette observation, qu'on doit intervenir dès qu'on a reconnu l'existence d'une présentation de la face. Or, même dans les cas de deuxième position de la face, la règle est que l'accouchement se termine spontanément.

M. Guéniot. — Une simple remarque ! Il semble, en réalité, qu'il se soit agi, non d'une présentation de la face, mais d'une présentation du menton et de la région antérieure du cou.

M. Verrier lit une observation de **placenta à cotylédon supplémentaire**, inséré sur la zone inférieure de l'utérus, le cotylédon supplé-

mentaire sur le col lui-même. Il passe ensuite en revue la littérature obstétricale et cite les observations connues de Blat, Ebert (de Berlin), P. Dubois, Cazeaux, Hyrtl (de Vienne), celle de Tarnier (Académie de médecine, séance du 21 février 1882), une autre inédite de Guéniot, enfin celle de Champruez et le cas de Dolz. Dans aucune de ces observations, dit M. Verrier, on ne trouve le cas particulier qu'il rapporte. Dans aucune, la femme n'a couru le risque de mort par le fait de l'hémorrhagie. C'est donc un cas curieux et important à noter.

M. Pajot présente un céphalotribe qu'il a imaginé avec l'intention



de supprimer ce défaut, reconnu par la plupart des accoucheurs, à l'ancien céphalotribe, *de chasser la tête par en haut dès qu'on com-*

mence à opérer le broiement. Le nouvel instrument est pourvu de deux vis placées de chaque côté de ses poignées. Une fois appliqué, ces vis permettent, grâce à un mécanisme spécial, de faire saillir, sur la face interne des mors, deux fortes valves qui ferment, par en haut, l'angle qu'ils forment. Cette disposition est destinée non seulement à s'opposer à la fuite de la tête par la partie supérieure de l'angle, mais encore à permettre de commencer la pression par en haut. Les résultats des expériences faites sur le cadavre sont excellents, mais la pratique seule fera voir ce qu'on peut réellement attendre de la modification apportée à l'ancien céphalotribe.

M. Bailly. — Certes, l'ancien céphalotribe n'échappe pas au reproche formulé par M. Pajot, mais était-il bien nécessaire d'inventer un instrument aussi compliqué que celui que nous venons de voir, pour remédier au défaut dont il s'agit? Je crois, en effet, qu'avec mon céphalotribe le défaut n'existe plus. Il emboîte, en effet, très solidement la tête fœtale et ne la laisse pas échapper. On m'objectera, sans doute, que les cuillers sont trop larges, qu'avec un semblable instrument la céphalotripsie n'est possible que dans les bassins modérément rétrécis. Mais, outre que les rétrécissements moyens sont de beaucoup les plus communs, dans les rétrécissements extrêmes la céphalotripsie perd de ses avantages. En de pareilles conditions, on peut se demander s'il n'est pas plus avantageux, dans l'intérêt de la femme, de faire l'opération césarienne.

M. Pajot. — Il est impossible, avec le céphalotribe de M. Bailly, de faire passer un fœtus à terme dans un bassin dont le diamètre conjugué vrai mesure moins de 6 cent. 1/2. Dans les rétrécissements moyens, je consentirai à l'employer, mais quand on aura supprimé les pointes qui existent à la face interne des cuillers et qui compliquent inutilement l'introduction de l'instrument. Je m'élève, en outre, contre le parallèle qui vient d'être fait entre l'opération césarienne et la céphalotripsie. Certes, la comparaison est juste quand on a en vue la céphalotripsie telle qu'elle était pratiquée autrefois. Après un premier broiement, on tirait, on tirait avec force, et nécessairement on produisait des lésions considérables auxquelles les femmes succombaient, il est vrai, le plus souvent. C'est fortement impressionné par ces résultats désastreux que j'imaginai la *céphalotripsie répétée sans tractions*, qui m'a permis d'extraire des fœtus à terme dans des bassins de moins de 6 cent. 1/2, et notamment dans un bassin de 5 centimètres environ. Quant à cette dernière mensuration, elle fut vérifiée,

à deux ans de distance, sur le cadavre de la femme, celle-ci étant morte des suites d'un accouchement dans lequel il fallut faire la version pour une présentation du tronc.

Verrier. — Chez une femme atteinte d'un rétrécissement de 7 centimètres 1/2, déduction faite, j'avais, après perforation du crâne, fait trois broiements avec le céphalotribe ancien. Les tractions restant infructueuses, je désespérai de réussir et j'appelai à mon aide M. Bailly. Je dois dire qu'il fit l'extraction après une seule application de son céphalotribe.

M. Doléris. — La discussion actuelle renferme deux objectifs : 1° une question de procédé, céphalotripsie répétée ou céphalotripsie ordinaire, qui n'est pas en cause ; 2° une question d'instrument. L'ancien céphalotribe a été construit avec la préoccupation de l'utiliser dans tous les cas, aussi bien dans les rétrécissements légers que dans les rétrécissements extrêmes. De cette préoccupation sont nées les imperfections de l'instrument : cuillers trop étroites, trop massives, écartement insuffisant. M. Bailly a visé les cas ordinaires de la pratique et naturellement il a construit un instrument approprié à ces cas. Il en a basé, avec raison, la disposition sur celle du forceps. Son céphalotribe saisit bien, emboîte bien et broie suffisamment la tête. On peut, avec lui comme avec tout autre, faire autant de broiements que l'on veut. On peut l'introduire dans des bassins étroits. Un fait n'est pas une règle, mais, sans rien enlever à l'objection de M. Pajot, il doit à la vérité de dire qu'il a broyé et extrait, avec le céphalotribe de M. Bailly, un fœtus à terme dans un bassin de 6 cent. 1/2. M. Pajot, de son côté, préfère s'en tenir, dans la construction de son nouveau céphalotribe, à l'ancien instrument de Dubois. Il en a le droit, puisqu'il a trouvé le moyen d'en corriger le principal défaut en s'opposant à la tendance à l'échappement de la tête par en haut. Mais le glissement pourra peut-être se produire en avant. En tout cas, le broiement sera plus localisé et la saisie de la tête plus difficile qu'avec le céphalotribe de Bailly.

Polaillon relate une observation de **hernie de la vessie et d'étranglement de cet organe à travers la vulve.** Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un accouchement laborieux, avait eu une fistule vésico-vaginale. Les parois antérieure du vagin, inférieure de la vessie et de l'urèthre étaient presque complètement sphacélées et séparées, de sorte que la cavité vaginale constituait un véritable cloaque, limité

par la vessie, la paroi postérieure du vagin, et au fond duquel on apercevait quelques restes du tissu utérin dont la portion vaginale avait été presque complètement détruite. Certes, il n'y avait pas là l'étoffe nécessaire pour une opération de fistule vésico-vaginale, et je proposai à la femme une opération qui aurait consisté à *oblitérer le vagin en laissant néanmoins un petit orifice au-dessus du méat urinaire*. L'opération fut acceptée, mais la femme quitta le service avant que nous ayons pu l'opérer. L'année suivante, elle y rentrait de nouveau, en fort mauvais état. Procédant à l'examen, j'aperçus, immédiatement entre les lèvres, un corps gros, violacé, du volume d'une mandarine. *C'était la vessie qui s'était étranglée au niveau de l'anneau vulvaire*. Je ne connais aucun exemple analogue. La moindre exploration de la tumeur provoquait des douleurs excessives et un écoulement de sang considérable. L'opération fut de nouveau proposée, acceptée et pratiquée, après anesthésie de la malade. Préalablement, la réduction de la vessie avait pu être faite très aisément, la malade étant endormie. Opération : avivement, avec le thermocautère, des petites lèvres et de la partie interne des grandes lèvres, de façon à obtenir une vaste surface bourgeonnante. Cela fait, au moyen d'une suture allant d'un côté à l'autre et réunissant les grandes et les petites lèvres, j'obtins ainsi l'oblitération de la vulve, tout en conservant un petit orifice au-dessous du méat urinaire. Couchée, la femme gardait ses urines ; debout, elle les perdait, mais beaucoup moins qu'auparavant. Je pensai à lui faire porter un petit appareil en caoutchouc, une sorte d'urinoir, dont l'extrémité supérieure aurait été introduite, à frottement, dans l'orifice sous-uréthral. Mais la femme nous quitta avant que l'appareil fût à notre disposition. Or, ces jours derniers, elle est revenue. La hernie vésicale et l'étranglement de la vessie se sont reproduits. Et j'ai constaté que, bien que l'orifice vulvaire fût un peu plus petit qu'autrefois, le résultat de mon intervention était entièrement détruit. Il paraîtra évident que mari et chirurgien ont dû travailler dans un sens absolument opposé. Quoi qu'il en soit, j'ai surtout relaté cette observation parce qu'elle est, à ma connaissance du moins, unique dans la science.

M. Doléris fait une communication basée sur **huit cas d'avortements, traités par la dilatation rapide du col, le curage de la matrice, les injections antiseptiques**. — L'avortement peut être comparé à l'élimination d'un produit organique, naguère vivant, puis frappé de

mort et fatalement voué à l'expulsion. Dans les deux cas, *la durée de l'expulsion n'est pas fixée*, d'où deux dangers : l'*hémorrhagie* dont la gravité, dont les risques sont en rapport avec la durée de l'expulsion ; la *septicémie*, que la putréfaction des produits accidentellement retenus dans la matrice doit toujours faire redouter. Dans le but de soustraire la femme à ces dangers, un grand nombre d'accoucheurs étrangers conseillent et adoptent résolument l'*intervention immédiate*. A savoir, après anesthésie de la malade, dilatation mécanique du col, évacuation complète des parties de l'œuf retenues, curage de la matrice et lavages antiseptiques. En France, la conduite suivie se résume en deux mots, l'*expectation armée*; ce qui veut dire : prévenir par les injections antiseptiques la septicémie, corollaire possible de la putréfaction in utero, et combattre par le tamponnement les hémorrhagies inquiétantes.

Pour les cas ordinaires, ceux où l'avortement se fait pour ainsi dire d'une manière continue, D... se prononce en faveur de la pratique française. Pour ceux, au contraire, où il y a interruption dans l'avortement, lorsque, après l'expulsion du fœtus et l'écoulement du liquide amniotique, les contractions utérines s'arrêtant, le col se referme, le placenta s'emprisonne pour un temps indéterminé, exposant les femmes à la septicémie et aux hémorrhagies répétées, il opte pour l'intervention immédiate. Il faut extraire le corps du délit ; prévenir et non pas attendre les hémorrhagies ou la putréfaction. Et pour cela, placer la femme dans la position obstétricale ; abaisser l'utérus afin d'agir avec plus de sûreté sur le col ; dilater la cavité cervicale (dilatateur de Sims, de Barnes), de façon à permettre l'introduction des instruments, nettoyage, curage de l'utérus, irrigations antiseptiques. Les huit cas que D... a traités de cette façon se sont terminés très heureusement. Les huit femmes ont guéri sans aucun accident.

M. Pajot. — Il importe d'établir une distinction entre les placentas *décollés* et les placentas *non décollés*. Cliniquement, la distinction es possible, le placenta décollé se putréfie. Dès que la putréfaction commence il faut intervenir, vider à tout prix l'utérus, mais pas avant. Quand le placenta est adhérent, la putréfaction n'est pas à craindre. Le danger est dans l'hémorrhagie et, contre elle, on a le tamponnement.

M. Guéniot. — Outre cette distinction, il faut encore tenir compte de l'âge de la grossesse. Ainsi, jusqu'à six semaines, il n'y a point de placenta ; le tissu charnu est un tissu peu organisé, mou, qui se liqué-

fie et disparaît, en quelque sorte, par une élimination insensible. La putréfaction peut s'en emparer, mais il n'a jamais vu les septicémies de cette catégorie entraîner la mort. Tout se borne à des frissons, de la fièvre, des péritonites localisées, accidents contre lesquels le médecin est suffisamment armé.

M. Bailly. — Il n'est point, en principe, adversaire de la méthode défendue par D..., mais il est surpris de la facilité avec laquelle D... obtient la dilatation presque instantanée du col. Il le prie donc de vouloir mieux préciser les détails du procédé opératoire.

M. Doléris. — N'accepte pas la nécessité de ces distinctions basées soit sur le décollement ou l'adhérence du délivre, soit sur l'âge de la grossesse. M. Guéniot a dit lui-même que la rétention de l'œuf, âgé de moins de six semaines, peut causer des accidents. Mais, a-t-on le droit de les laisser se produire, puisqu'il existe un moyen simple, efficace, dépourvu de dangers pour prévenir ces complications. Quant à l'adhérence ou au décollement du délivre, la difficulté est justement de savoir si le décollement a eu lieu, s'il est total ou partiel. Contrairement à M. Pajot, il ne croit pas que le décollement du placenta entraîne fatalement la putréfection. Celle-ci sera évitée si l'utérus est aseptique et si l'on s'oppose à l'introduction dans la cavité utérine des causes de la putréfaction, par l'antisepsie prophylactique faite dans le vagin. Somme toute, il persiste à croire qu'en pratique : 1° On ne connaît pas la qualité du terrain au point de vue des chances pour ou contre la putréfaction, et il est impossible de prévoir le début des accidents; l'odeur démontre que l'ennemi est dans la place. 2° L'adhérence partielle du placenta ne prévient pas les risques de la septicémie; il suffit d'un décollement, même limité pour donner prise à la putréfaction; le sang, les caillots suffisent même pour y donner lieu. 3° Reste l'hémorrhagie, et contre elle, contre son abondance et sa répétition, on ne possède que la perspective de faire des tamponnements multiples, si encore on est appelé à temps. Pour toutes ces raisons, il se prononce de nouveau pour l'intervention immédiate.

Reste le procédé : la dilatation rapide est facile avec les doigts ou les instruments. D... introduit d'abord un doigt et aussitôt après un sachet de Barnes. Il arrive très vite à une dilatation plus que suffisante, par l'introduction de sacs de différentes dimensions. D'ailleurs, rien n'empêche de commencer par une seule éponge et de continuer au bout de douze ou vingt-quatre heures par un autre procédé. Quant à l'abaissement de l'utérus, c'est là une manœuvre familière à tous les

chirurgiens et qui n'a jamais de conséquences fâcheuses pour les femmes. Le curage se fait avec l'*écouvillon*, procédé et instrument imaginés par l'auteur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 *et du* 24 *février* 1886.

M. Pozzi présente des pièces pathologiques provenant de deux femmes chez lesquelles il a pratiqué l'**hystérectomie vaginale.**

Premier cas. — C'est celui d'une femme qui était atteinte d'un fibrome interstitiel de l'utérus et d'une endométrite fongueuse donnant lieu à des hémorrhagies profuses. Dans l'intervalle des pertes sanguines, il y avait écoulement d'un liquide fétide. L'état général était profondément altéré. L'hystérectomie fut faite pour essayer de sauver la malade d'une mort imminente. L'opération fut laborieuse, surtout dans la ligature des ligaments larges et dans l'extraction de l'utérus. Mort par épuisement, le troisième jour.

Deuxième cas. — Femme âgée de 23 ans, qui avait un **épithélioma du col de l'utérus** : opération facile. Les deux ovaires s'étant présentés au niveau de la plaie, on les enleva. Quelques heures après l'opération, hémorrhagie assez abondante. Pansement : injections phéniquées et application de tampons iodoformés. Guérison en quinze jours.

M. Terrillon présente un *kyste de l'ovaire* provenant d'une femme morte dans son service. La pièce est intéressante en ce qu'elle montre les altérations anatomiques produites dans les parois du kyste par les injections au chlorure de zinc. Cette femme avait été soignée il y a cinq ou six ans par M. Th. Anger, qui fit alors les injections en question. Depuis ce moment elle alla beaucoup plus mal. Entrée à la Salpêtrière, elle y subit plusieurs ponctions. Chaque fois la ponction donna issue à environ quatorze litres de liquide. Jamais de paralbumine. Cette femme mourut quelques jours après une nouvelle ponction. A l'autopsie on trouva un abcès du foie communiquant avec l'intestin et de nombreuses adhérences entre les anses intestinales et la tumeur ovarique.

La surface interne de la poche kystique était absolument dépourvue d'épithélium, ce qui explique l'absence de paralbumine. Ce fait prouve

en outre que les injections au chlorure de zinc ne constituent pas un moyen curatif efficace, qu'en plus elles ne sont pas dépourvues de danger.

M. Marchand présente une pièce provenant d'une hystérectomie vaginale pour un cancer du col, ayant envahi l'organe jusqu'à l'orifice interne. Il se fit, vers la fin de l'opération, au niveau de l'incision vaginale postérieure, une hémorrhagie qu'on combattit par l'application d'un certain nombre de pinces et par la compression qu'on exerça sur le rectum. Il se produisit une fistule recto-vaginale qui retarda la guérison. Néanmoins la malade se rétablit.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 3 mars 1886.

Dr Barbour présente des coupes de l'utérus gravide. Elles sont destinées à montrer l'état anatomique de la matrice durant la première et la troisième période de travail et à la fin du travail. Elles proviennent de quatre opérations de Porro et de deux morts post-partum. Les pièces pathologiques ont été préalablement congelées. M. Barbour attire l'attention sur l'importance de semblables préparations, en faisant néanmoins remarquer qu'elles comportent un certain alea, par suite des modifications post-mortem, et de celles qui sont dues à la position donnée au cadavre pendant la congélation. Les points les plus importants mis en relief par ces pièces sont l'épaisseur remarquable du segment inférieur de la matrice, le trajet des uretères, la disposition du péritoine et du tissu cellulaire. Les préparations provenant des opérations de Porro font voir la contraction de la paroi utérine et la diminution de sa surface. Les membranes sont ridées, en partie détachées, mais le placenta n'est pas décollé. *Par conséquent, l'aire de l'insertion placentaire peut être diminuée sans qu'il y ait séparation du placenta.* Ce qui, d'après M. Barbour, prouve que le placenta est décollé, non point en raison de la différence de rétraction de son tissu et de celui de l'utérus et de la pression exercée par le sang qu'on suppose s'épancher par les premiers vaisseaux déchirés, mais simplement par l'effort d'expression due aux contractions utérines Le défaut absolu d'espace dans lequel le délivre pourrait proé-

miner, l'absence d'hémorrhagie entre le placenta et l'utérus sont incompatibles avec la théorie de Baudelocque, Schültze et Ahlfeld. En revanche, ces coupes confirment la théorie de l'expulsion placentaire, émise, il y a quelques années, par Mathews Duncan.

Discussion. — MM. W. Duncan, A. Duncan, Champneys.

Le Dr Lewis lit un travail sur un cas de sarcome circonscrit du vagin et de l'utérus. — Femme mariée, âgée de 50 ans; huit enfants. Admise à « London Hospital », le 27 juin 1885. Elle avait eu trois hémorrhagies non douloureuses, mais accompagnées de défaillances et de vomissements. Amaigrissement et écoulement par le vagin d'un liquide noirâtre. Une tumeur faisait saillie à la vulve ; la masse parut trilobée et était insérée sur la paroi vaginale postérieure par un large pédicule. Il y avait, sur le côté droit, une deuxième grosseur du volume environ d'une noix. Ces néoplasmes furent enlevés le 2 juillet, et la malade mourut le 7 de septicémie. A l'examen *post-mortem*, on trouva trois nouveaux noyaux isolés dans l'utérus ; il y avait aussi un grand nombre de petits noyaux secondaires dans les poumons ; mais nulle part ailleurs. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes et fusiformes.

Discussion. — MM. Lewers, Gervis, W. Duncan, H. Jones, K. Thornton, Routh. (*British med. Journ.*, mars 1886.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN.

Séance du 11 décembre 1885.

Présentations. — 1°. Benicke. Un fœtus monstrueux : 2 têtes, 4 bras et 3 jambes (*Dicephalus tetrabrachius tripus*). Entre les deux jambes, d'un côté, se trouvent les organes génitaux.

2° Dr Schroder : *a.* un myôme sous-péritonéal extrêmement volumineux. L'opération avait été très compliquée par le développement de quelques noyaux dans le tissu cellulaire sous-séreux du petit bassin. Néanmoins, l'énucléation put être faite après ligature des vaisseaux afférents.

b. Des préparations provenant d'une femme chez laquelle il avait

pratiqué l'amputation supra-vaginale. On avait pu sûrement diagnostiquer chez elle l'existence d'une affection carcinomateuse de la muqueuse utérine. En dehors de l'utérus existaient, en outre, de petits noyaux qui plaidaient fortement en faveur d'un myôme atteint par un processus de dégénérescence. L'extirpation du néoplasme par le vagin était rendue impossible, en raison d'un état atrophique très marqué du vagin. De plus, l'utérus était très solidement fixé à la paroi pelvienne postérieure par des adhérences intimes. L'ablation sus-vaginale, après laparotomie, était seule possible. D'ailleurs, l'opération fut très laborieuse, et comme on ne pouvait avancer que peu à peu, la patiente perdit une quantité relativement considérable de sang. Guérison.

3° A. MARTIN fait une communication sur 192 nouveaux cas de prolapsus, opérés par lui. Six fois, l'utérus était entièrement sain, il ne dut pas être compris dans l'opération; dans les autres cas, au contraire, diverses anomalies nécessitèrent des abrasions de la muqueuse, l'amputation du col, trois fois même l'extirpation vaginale de l'utérus. Les opérations furent exécutées avec irrigation continue. 171 fois, Martin se servit de fil de soie; pour les autres cas, il eut recours au catgut. Il tient la suture continue, faite avec des fils de catgut préparées dans l'huile de genièvre, pour très avantageuse; mais ayant observé à sa suite des hémorrhagies secondaires plus fréquentes, il conseille, tout au moins pour les cas où il existe des vaisseaux variqueux très développés et où il se produit au niveau de la surface d'avivement une perte de sang abondante, de faire en partie la suture profonde avec des fils de soie.

Sauf les fois où l'on eut recours à la suture continue, les hémorrhagies ne furent pas abondantes. Sept fois seulement la convalescence fut traversée par des accidents fébriles; deux fois il se fit des exsudats paramétritiques. Sur 80 malades, chez lesquelles il y avait par l'âge, possibilité à la conception, 13 donnèrent des nouvelles sur leurs grossesses et leurs accouchements. Chez elles l'opération guérit tout à fait et il n'y eut pas de récidives. Chez les autres, au contraire, on constata 11 récidives. Pour 6 d'entre elles, la récidive avait été prévue; la guérison et les soins étant restés imparfaits. Pour 3 autres, elle coïncida avec une atrophie sénile généralisée. Dans deux cas, au contraire, rien ne vint expliquer la récidive.

Dr WINTER communique un travail basé sur l'analyse de 256 cas et

dans lequel il s'est proposé de voir s'il y a **intérêt ou désavantage à laisser un certain intervalle de temps entre la version et l'extraction de l'enfant.** Les résultats furent les suivants : sur 238 cas de version suivie d'extraction immédiate, le chiffre de la mortalité pour les enfants fut 2 p. 100 ; sur 18 cas de version précoce avec absence d'extraction ou avec extraction tardive, ce chiffre s'éleva à 50 p. 100.

Les circonstances qui aggravent le pronostic, quand l'enfant séjourne dans la matrice après exécution de la version sont : les compressions et la torsion du cordon, l'introduction de l'air qui provoque des mouvements respiratoires prématurés, les décollements placentaires.

L'auteur est d'avis qu'il convient d'établir la règle suivante : *différer la version jusqu'à dilatation de l'orifice, la pratiquer alors et la faire suivre immédiatement de la version ;* mais il conseille de recourir à la version, faite isolément, dans quelques circonstances particulières : placenta prævia, fièvre infectieuse intra-partum ; commencement d'asphyxie de l'enfant *in utero*.

D^r R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK.

Séance du 5 *janvier* 1886.

Epithélioma de la vessie, par le D^r MUNDÉ. La malade, âgée de 42 ans, avait subi l'ovariotomie gauche deux ans auparavant. Mundé dilata l'urèthre et enleva la tumeur avec les doigts et à l'aide de la curette de Simon. Une semaine *avant* l'opération, la température était à 40°. L'opérée va bien. L'auteur fait remarquer que l'épithélioma de la vessie est huit fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. A des questions qui lui sont adressées, Mundé répond que ce sont les symptômes septiques qui l'ont décidé à opérer. Pour être complète, l'opération aurait dû enlever toute la base de la vessie.

Grossesse supposée tubaire, par le D^r HUNTER. La malade, âgée de 30 ans, pluripare, était fort émaciée lorsqu'elle entra à l'hôpital ; la température oscillait entre 38 et 39°. Hunter, trouvant une tumeur de la grosseur d'une orange adhérente à la corne droite de l'utérus, et ne pouvant la séparer sans danger, enleva l'utérus entier. L'opérée mourut au bout de trente-six heures.

Le Dr Coe, qui examina la pièce, croit que c'était une grossesse tubaire; mais il ne put trouver le fœtus. L'utérus était perforé. Le sac s'était probablement rompu avant l'opération, et cette rupture avait causé une péritonite.

Le Dr Hunter présente aussi un petit kyste ovarique avec pyo-salpinx. L'opérée s'est parfaitement remise; la température n'a jamais dépassé 37°,8.

Le Dr Noeggerrath affirme qu'on peut reconnaître l'existence d'une grossesse extra-utérine en grattant l'utérus; si la curette ramène de larges cellules déciduales, le cas est certainement une grossesse ectopique.

Le Dr Gardner croit qu'on ne peut pas faire un diagnostic positif de la grossesse extra-utérine avant le quatrième mois. A ce moment les douleurs spasmodiques du ventre et l'absence de contractions rhythmiques de la matrice autorisent le médecin à sonder l'utérus, ce qui fixe son diagnostic.

Le Dr Noeggerrath ponctionne les kystes postérieurs à travers le cul-de-sac vaginal postérieur; il ponctionne le kyste antérieur par la paroi abdominale; cette ponction n'est pas dangereuse, grâce aux précautions antiseptiques.

Le Dr Mundé croit que la ponction d'un kyste adhérent n'est pas dangereuse; s'il est mobile, il vaut mieux l'ouvrir largement et le drainer. Il a crevé une fois un kyste vaginal en examinant une femme; il n'en est résulté aucun accident. Une autre fois, la ponction d'un petit kyste a été suivie d'une péritonite aiguë. Parfois, ces kystes ne se manifestent par aucun symptôme.

Dans ce cas, Noeggerrath croit qu'il faut les laisser tranquilles.

Hernie ventrale à la suite d'une laparotomie; opération; guérison, par le Dr H. M. Sims. L'auteur fut obligé de faire 150 ligatures sur des points saignants.

Séance du 19 *janvier* 1886.

Le Dr Hanks présente un spéculum d'Erich modifié, et se tenant seul.

Le Dr Nilsen présente un kyste dermoïde et un pyo-salpinx enlevé après la mort. La malade avait refusé de se laisser opérer. Mais Nilsen avait retiré, avec la curette, une grande quantité de fongosités

utérines. Puis, sentant de la fluctuation, il fit une ponction dans le cul-de-sac postérieur et retira environ 150 grammes de pus.

Le Dr Jacobi rapporte une **trachéotomie ; application locale de papayotine; guérison.** Lorsque le croup est catarrhal, le malade a de la fièvre; s'il n'en a pas, le croup est membraneux et dangereux. A cette règle, cela va de soi, il y a une exception, c'est lorsque le mal se complique de diphthérie. Le malade, âgé de 18 mois, rejeta des fausses membranes; il avait été traité par le mercure, sans en avoir souffert. La papayotine, en solution concentrée, réussit à dissoudre les fausses membranes, et l'enfant lui dut son salut.

Le Dr Lee n'en a obtenu que des résultats négatifs; il l'a employée sous la forme de *spray*.

Le Dr Hanks est fort satisfait du sublimé employé en *spray*.

Cas rare de névromes multiples chez une femme ovariotomisée pour une épilepsie, par le Dr H. M. Sims. La malade, mariée, avait dû subir l'excision de l'hymen. Devenue grosse, elle souffrit d'une grande excitation nerveuse. Les ovaires furent enlevés quelque temps après l'accouchement. Dès lors elle fut soulagée, mais continua à souffrir dans le ventre, et on fut obligé d'enlever de petites tumeurs, qui, examinées au microscope, furent reconnues pour être des masses graisseuses contenant des filaments nerveux.

Pour le Dr Coe, ce ne sont que des pseudo-névromes.

La discussion touchant à l'ovariotomie normale, le Dr Mundé cite un cas où l'enlèvement des deux ovaires sains guérit la malade d'atroces douleurs menstruelles, et un cas où il ne fit aucun bien.

Le Dr Lee se range plutôt du côté de ceux qui n'enlèvent pas les ovaires apparemment sains.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BALTIMORE.

Séance du 12 janvier 1886.

Le Dr L.-E. Neale raconte **deux cas de dystocie :**

Le *premier* est un cas de S. I. G. A., dans lequel le forceps échoua. Néale réussit à amener un pied ; l'enfant vint asphyxié, mais put être ranimé. Les termes de l'observation font croire que la difficulté ve-

nait de ce que les membres inférieurs étaient étendus sur la face antérieure du tronc du fœtus.

Le *second* est une position O. I. D. P., dans un bassin rétréci. Neale fit la craniotomie. L'auteur préfère la version au forceps lorsque le plus petit diamètre pelvien n'a pas moins de 69 millimètres.

Le Dr B.-B. Browne a réussi deux fois dans ces derniers temps à l'aide du forceps de Tarnier, dans des présentations difficiles du siège. Il y a quelques années, il a échoué avec le forceps d'Elliot. Lorsque les membranes sont intactes, et si le siège n'est pas fixé fermement, il préfère l'extraction d'un pied à l'application du forceps. Il applique une des branches du forceps sur chacun des côtés du bassin, sans prendre garde à la position du fœtus.

Le Dr Th. Opie raconte un cas de **grossesse compliquée par une phthisie laryngée.** Il appliqua le forceps ; l'enfant était très vigoureux. La mère mourut bientôt, asphyxiée.

Il raconte : **une présentation unique.**

Les deux mains, un pied et le cordon se présentaient à la fois. Opie alla chercher l'autre pied et fit l'extraction. L'accouchée se remit aisément. L'enfant était mort avant le début du travail, survenu à 8 mois.

Puis, **diagnostic de la grossesse gémellaire, double placenta en raquette.**

Le diagnostic fut fait par la constatation d'un grand nombre de petites parties fœtales. Les placentas étaient réunis, et les deux cordons étaient comme soudés ensemble. Chaque fœtus avait son amnios et son chorion, mais il n'existait qu'une caduque.

Accouchement, placenta prævia, fibrome intra-pariétal, par le Dr John Morris. — L'œuf ne trouvant pas, au fond de l'utérus, une bonne place pour s'y fixer, était allé « par la loi de sélection, s'insérer sur le col. »

Le Dr Neale raconte deux cas analogues.

(*Résumé*, d'après l'*Amer. Journ. of Obst.*, 1886, page 267, par A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du placenta prævia (The management of placenta prævia), par M. Mac-Lean (New-York). — L'auteur passe en revue les différentes méthodes que l'on a conseillées pour le traitement du placenta prævia. Aucune d'entre elles ne saurait convenir dans tous les cas. Ainsi, par exemple, le tamponnement, fait avec des bourdonnets de coton phéniqués, et suivant le procédé classique qui, dans beaucoup de circonstances, rend de si éclatants services, peut être contre-indiqué par la laxité des parois utérines, par la possibilité d'une hémorrhagie interne. De même, la version bipolaire, d'après la méthode de Braxton Hicks, est sujette à certaines contre-indications. Lorsque, par exemple, des conditions particulières commandent, dans l'intérêt de l'enfant ou de la mère, une délivrance rapide, le procédé ne convient pas toujours. On peut avoir affaire à des cols résistants, peu dilatables, toutes circonstances qui rendent la manœuvre trop lente, comparée à l'urgence des indications. Au fond, ce travail est surtout un plaidoyer en faveur de la méthode conseillée par Barnes. Ouvrir la cavité du col à l'aide des sachets de Barnes, ce qui a le double avantage d'arrêter l'hémorrhagie par la compression exercée sur les vaisseaux déchirés et d'amener une dilatation qui permet l'exécution des manœuvres indiquées par les circonstances. « *Il y a bientôt vingt ans, dit l'auteur, j'ai entendu un de nos plus brillants accoucheurs dire : Le praticien qui, volontairement, néglige de se munir du dilatateur de Barnes, manque à ses devoirs vis-à-vis de ses clientes, et, ajoute-t-il, je dois me faire l'humble écho de ces paroles, car, malgré ma courte expérience, j'ai déjà vu plusieurs existences mises en danger et même perdues par le seul manque de ces appareils si simples.* » Mais, comme beaucoup d'autres médecins, sans doute, il a reconnu que l'application de ces sachets était souvent fort laborieuse. Il a vu des hommes, très habiles, mettre parfois plus de vingt minutes à les appliquer convenablement. Et cela l'a conduit à tâcher de perfectionner l'appareil. Le sien se compose de deux poches isolées, mais étroitement accolées et communicant respectivement avec un tube distinct. Cette disposition a pour but de permettre de les gonfler séparément. On introduit l'ap-

pareil à l'aide d'une pince. On le maintient en place jusqu'à ce qu'il soit suffisamment distendu pour être naturellement maintenu par la pression réactionnelle du col. On distend d'abord une des poches, et quand la pression paraît diminuer, on distend l'autre.

Les conclusions formulées par l'auteur sont les suivantes :

1° Ne jamais recourir à l'application des styptiques chimiques, lesquels ne peuvent qu'encombrer de caillots inertes le vagin, sans pour cela empêcher sûrement l'hémorrhagie. Autant que possible, assurer dès le début, à la patiente, le repos le plus absolu de corps et d'esprit; l'administration d'une préparation opiacée peut être utile à ce moment pour calmer l'excitation ;

2° Comme les plus grands dangers sont liés à l'hémorrhagie, il faut, dès les premiers instants, tout disposer pour la provocation de l'accouchement prématuré ; une fois le travail déclaré, il incombe à l'accoucheur de le mener jusqu'à la fin ;

3° Chez les primipares, ou, d'une façon générale, chez les femmes à tissu résistant, on distendra complètement le vagin à l'aide du colpeurynter ou du tampon, qui agissent aussi en tant qu'agent de dilatation ;

4° Généralement, *dans la majorité des cas*, et *plus particulièrement dans ceux où une délivrance rapide peut sembler nécessaire*, il est plus sûr de se fier à la pression *complète et continue* exercée par les dilatateurs qu'à celle produite par les parties fœtales ;

5° Lorsque l'insertion est latérale ou partielle, quand il n'y a aucune nécessité à précipiter le travail, on peut recourir à la version bi-polaire, exécutée suivant la méthode de B. Hicks, sauf dans les cas où le sommet se présente franchement à l'orifice, alors :

6° les membranes seraient rompues, le liquide évacué et la tête sollicitée à s'engager dans le conduit cervico-vaginal ;

7° Dans la plupart des cas, la version podalique doit être préférée à l'application du forceps ;

8° En quelques circonstances, en raison de l'insuffisance des aides ou du manque des instruments nécessaires, on pourra faire le tamponnement complet du vagin. L'on pourra même laisser le tampon en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par les contractions utérines. Quand la présentation est favorable, le tampon n'oppose aucun obstacle à la descente du fœtus ; dans quelques cas même, il est expulsé spontanément, avec le fœtus et le placenta, sans qu'il survienne le plus petit accident ;

9° Les risques de l'infection septique, créés par l'emploi des dilatateurs élastiques ou du tampon, sont trop minimes, quand on prend les précautions voulues, pour diminuer sérieusement les grands avantages de la méthode ;

10° Aussi souvent qu'on peut le faire, il faut procéder résolument à la dilatation et à la délivrance, pour prévenir les lésions des parties maternelles.

Enfin, comme l'insertion vicieuse du placenta expose à certaines complications : hémorrhagies post-partum, septicémie, il faut employer tous ses soins dans les manœuvres et dans les pansements, pour éviter l'introduction dans le système maternel de tout germe septique. (*Am. Journ. of Obstet.*, mars 1886.)

Hémorrhagie vaginale d'origine peu commune. — Il s'agit d'un fait curieux et assurément fort rare. Une fille de brasserie, âgée de 20 ans, est transportée à l'Hôtel-Dieu. Elle est plongée dans un état de torpeur, mais non dans le coma. On constate sur son corps de nombreuses ecchymoses, variables par leur siège et par leur étendue. En interrogeant avec insistance la malade, on obtient quelques réponses, mais elle retombe bien vite dans son état de prostration. Il se produit le premier jour des vomissements porracés qui cèdent à l'emploi de l'opium. Le 16, la stupeur persiste, mais il existe, en outre, un léger degré de myosis avec de l'immobilité pupillaire. La constipation est opiniâtre, et les fonctions digestives ne s'accomplissent qu'à partir du 23. Le 25, sans que la malade, toujours dans un état subcomateux, ait fait le moindre effort pour quitter son lit, il survient une hémorrhagie vaginale assez abondante pour faire penser à la possibilité d'un avortement, mais qu'on parvient à arrêter. Quelques heures après, il s'en produit une nouvelle et la malade succombe.

Autopsie. — Organes génitaux. L'utérus est sain, mais le vagin présente quatre ulcérations, assez superficielles. L'ovaire est le siège d'une congestion intense.

Cerveau. Il existe un caillot dont les caractères anatomiques permettent de faire remonter la date du raptus sanguin à quinze jours. Ce caillot, situé dans l'hémisphère droit, a détruit en partie la couche optique, les corps striés et les tissus voisins.

Reins. Enfin, il existe des lésions très manifestes d'une néphrite mixte.

Comme on le voit les lésions étaient fort complexes. L'état semi-comateux dans lequel était la malade lors de son entrée à l'hôpital était-il en rapport avec les lésions cérébrales ou bien était-il sous la dépendance d'accidents urémiques, rendus très vraisemblables par l'existence de la néphrite ? Quel rapport existait-il, en réalité, entre les ecchymoses cutanées, l'apoplexie ovarique, le raptus sanguin au cerveau, l'hémorrhagie par le vagin et les lésions rénales ? Les ulcérations du vagin étaient-elles de même nature que les ulcérations intestinales qu'on rencontre dans l'urémie ? Ce sont là autant de questions que l'auteur n'a point cherché à élucider ; il a voulu surtout indiquer la voie singulière et non signalée qu'a prise l'une des hémorrhagies, cause immédiate de la mort, la voie vaginale. (*Progrès médical*, 16 janvier 1886.)

VARIÉTÉS

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos premiers collaborateurs aux « *Annales de gynécologie* », M. le Dr Gillette. M. Gillette était chirurgien de l'hôpital Tenon, du collège Rollin, membre de la Société de chirurgie et membre fondateur de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

La chirurgie ignée. — Dr J. Abeille.
La sterilita nella dona. — Dr G. Natalucci.
Anteflexion of the uterus. — Dr G. Wyllie.
Du traitement palliatif du cancer utérin par le raclage. — Dr Fraipont.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE DITE SPONTANÉE DES MEMBRANES DE L'ŒUF HUMAIN.

Par le Dr A. Pinard, professeur agrégé, accoucheur de Lariboisière.

(SUITE ET FIN) (1).

Pourquoi la rupture prématurée des membranes se produit-elle souvent lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus ?

Pendant le cours de la grossesse, il y a généralement un développement parallèle de la paroi utérine et des membranes de l'œuf; développement nécessité par l'extension croissante du contenu utérin : liquide amniotique et fœtus.

Lorsque dans les trois derniers mois, ainsi que l'a si bien exposé Jacquemier, le développement de la cavité utérine s'effectue surtout aux dépens du segment inférieur, la souplesse et l'élasticité des membranes (chorion et amnios) leur permet de suivre ce mouvement d'expansion et de rester accolées à

(1) Voy. *Annales de Gynécologie*, mars 1886.

la caduque utérine. Cette dernière, malgré sa friabilité, son manque de consistance et de résistance, faisant corps avec la paroi utérine, participant à sa vie, suit d'une façon synergique l'extension des parois de l'utérus.

De cette façon, pendant toute la durée de la grossesse, il y a des rapports constants de contiguité et de continuité entre les membranes maternelles et fœtales de l'œuf.

Lorsque le col s'efface, c'est-à-dire lorsque, au début de l'accouchement, l'œuf pénètre dans la cavité cervicale, soit par suite du « *glissement de l'œuf le long de la paroi utérine* », soit, comme le veut mon savant ami le professeur Léon Dumas (1), et comme je le crois aussi, par suite du « *glissement de la paroi utérine le long des membranes de l'œuf* », il y a rupture du faisceau membraneux.

Le chorion et l'amnios se séparent de la caduque. Cette dernière, qui fait défaut au niveau de l'orifice interne, est tellement adhérente au niveau des parties qui avoisinent l'orifice, que son glissement devient impossible. J'ai constaté, nombre de fois, en étudiant les rapports des membranes sur des utérus contenant des produits de conception et appartenant à des femmes mortes aux différentes époques de la grossesse : 1° l'absence de la caduque au niveau même de l'orifice interne où il ne se trouve qu'un bouchon gélatineux directement en rapport avec le chorion (Peut-être l'examen histologique démontrerait-il en ce point les restes de la caduque réfléchie atrophiée) ; 2° l'adhérence de la caduque à la paroi utérine dans une étendue qui varie de 6 à 10 centimètres et qui va en décroissant au fur et à mesure qu'on s'éloigne des bords de l'orifice interne. De plus, il suffit d'examiner avec des valves une femme en travail et chez laquelle les membranes font hernie à travers l'orifice pour constater l'absence de caduque à ce niveau. Enfin, après la délivrance, il est facile de voir, en examinant

(1) *Nouvelles considérations sur la dilatation præ-fœtale de la vulve, accompagnée d'une étude sur la formation et la rupture de la poche des eaux.* (*Annales de gynécologie*, 1885.)

les membranes au niveau de la déchirure, que sur une étendue plus ou moins considérable, la caduque ne double pas le chorion. Assez souvent même, les bords de l'orifice sont constitués par l'amnios seul, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, puis on trouve le chorion et plus loin encore la caduque. — Il résulte de là : 1° que le chorion et l'amnios pénètrent seuls dans la cavité du col; 2° que les liens qui unissent la caduque au chorion se rompent et que des lambeaux de caduque, et seulement des lambeaux, peuvent être et sont assez souvent entraînés par le chorion.

Bientôt, sous l'influence de la contraction, les deux membranes (chorion et amnios) vont se trouver au niveau de l'orifice externe, qui lui-même va s'ouvrir et découvrir progressivement un segment de plus en plus considérable de ces membranes, qui seules supportent alors l'effort de la contraction utérine. Si leur résistance et leur élasticité leur permettent de lutter pendant un certain temps, elles finissent par être vaincues : M. Duncan nous a donné la mesure de leur élongation et Ribemont-Dessaignes celle de leur résistance, et c'est alors que « la pression intra-amniotique étant suffisante pour triompher de leur résistance, la rupture se produit. Je dois faire remarquer que parfois à ce moment l'amnios glisse sur le chorion et se décolle sur une étendue plus ou moins considérable.

D'après ce qui précède, il résulte que, pendant la grossesse, les membranes doivent conserver constamment des rapports de contiguité et de continuité; rapports qui ne sont troublés, rompus qu'au moment de l'accouchement. En est-il toujours ainsi ? nous ne le croyons pas, et c'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Pendant les derniers mois de la grossesse, le chorion et l'amnios ne peuvent suivre le segment inférieur de l'utérus dans son mouvement expansif qu'en raison de leur extensibilité. Et il suffit de constater l'amincissement de la paroi utérine, recouvrant la tête profondément engagée, pour comprendre combien cette élasticité est mise à l'épreuve dans

certains cas. De plus cette extension ne porte pas toujours sur toute l'étendue du segment inférieur, mais est souvent partielle et localisée, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure, soit aux parties latérales de ce segment, suivant la région fœtale qui se trouve en rapport avec ce segment, suivant son degré d'engagement. La paroi utérine, en raison de sa dilatabilité, se prête admirablement à ces distensions localisées exagérées ; il se produit des ondées musculaires qui permettent ces dilatations.

Mais lorsque les membranes fœtales (amnios et chorion) subissent une pression localisée, que se produit-il ou que peut-il se produire ?

Tout d'abord elles s'amincissent, elles s'étendent, et cette tension retentit ou doit retentir sur la totalité des membranes. On comprend, lorsque le placenta est inséré au fond de l'utérus, que l'élasticité totale de ces membranes étant mise en jeu, les tiraillements exercés sur le placenta seront peu accusés; que la distension augmente encore et des tractions de plus en plus énergiques vont s'exercer sur le placenta, en même temps que le glissement, le décollement des membranes les unes sur les autres vont se produire. L'amnios peut glisser sur le chorion dans toute son étendue et ce fait se produit assez souvent, ce qui explique comment, dans certains cas, on trouve l'amnios décollé sur une étendue plus ou moins considérable de la face fœtale du placenta et retroussé jusqu'au cordon. Mais le chorion ne peut glisser sur la caduque qu'en tirant sur le placenta. Toute pression exercée en un point du chorion retentira plus ou moins sur le placenta, suivant que cette pression s'exercera en un point plus ou moins éloigné du placenta.

Or, quand le placenta est sur le segment inférieur de l'utérus, toute la portion de la paroi utérine correspondant à son ouverture ne peut prendre part au développement; aussi l'ampliation se fait aux dépens d'une partie du segment inférieur seulement et cette partie subit une distension considérable. D'un autre côté, l'élasticité du chorion est beaucoup moindre à

ce niveau, car le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face du placenta, il ne peut prêter de ce côté, il tire sur le placenta et si celui-ci ne cède pas, bientôt il se rompt. L'amnios peut résister encore plus ou moins longtemps; mais, comme il est seul alors à supporter la pression intra-amniotique, il se rompt le plus souvent consécutivement.

C'est ainsi que je crois pouvoir expliquer le mécanisme suivant lequel se produit la rupture prématurée des membranes lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. Ainsi : expansion considérable de la portion du segment inférieur de l'utérus laissée libre par l'insertion placentaire, distension anormale du chorion, défaut d'élasticité de celui-ci à ce niveau, par suite de la résistance du placenta, résistance du placenta, d'où rupture du chorion et consécutivement de l'amnios.

Pourquoi la rupture prématurée des membranes ne se produit-elle pas toujours lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus?

Les raisons qui font que la rupture prématurée des membranes ne se produit pas toujours lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus sont de deux ordres : ou bien la pression exercée par le chorion est insuffisante, ou bien le placenta se décolle. Lorsque le segment inférieur subit peu de distension dans les derniers mois de la grossesse, la rupture a peu de tendance à se produire.

Chez les multipares, le segment inférieur s'amincit moins que chez les primipares, l'engagement est moins prononcé, l'accommodation pelvienne se produit plus tardivement. Aussi je crois que Cazeaux, en remarquant que la rupture prématurée coïncidait avec une présentation du sommet fortement engagée dans l'excavation, était dans le vrai. Il semble, d'après ce qui précède, que les ruptures prématurées devraient être plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares et cependant c'est le contraire qu'on observe.

Ainsi, sur 308 cas, Garipuy a trouvé 189 multipares et

119 primipares seulement. Le Dr Azaïs, dans son remarquable travail (1), sur 936 ruptures spontanées a noté 524 multipares et 402 primipares. Nos observations concordent avec les précédentes puisque, dans les 147 cas de rupture prématurée que j'ai observées, il ya 54 primipares et 93 multipares (page 176). Seulement, je crois avoir démontré également (page 177) que l'insertion vicieuse du placenta est bien plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

De sorte que, toutes choses égales d'ailleurs, je crois la rupture prématurée plus fréquente chez les primipares que chez les multipares.

La présentation du fœtus joue également un rôle en ce sens qu'elle détermine une distention plus ou moins considérable et irrégulière du segment inférieur de l'utérus et par conséquent des membranes. Hubert (de Louvain), en disant : « J'ai cru remarquer que la rupture des membranes avant le travail survenait surtout quand l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne », avait, selon son habitude, observé avec sagacité, mais je ne crois pas que l'explication qu'il donne de ce fait soit exacte dans tous les cas. En dehors des pressions exercées par un pied, ce qui je crois peut fortuitement se produire, je pense que le siège, en raison de son volume et de sa forme irrégulière, détermine des pressions localisées qui le plus souvent entraînent la rupture des membranes ou le décollement du placenta.

L'observation suivante me paraît être démonstrative à ce sujet.

Observation I.

(Rédigée par M. Lepage, interne du service.)

Insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagie au début du travail ; irrigations chaudes à 48° ; présentation du siège en S. I. D. P. ; rupture artificielle des

---

(1) *De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf.* (Montpellier, 1882.)

membranes; arrêt de l'hémorrhagie; enfant mort; bec-de-lièvre double; hernie diaphragmatique.

La nommée Müller, Elisa (femme Schaf), âgée de 40 ans, cultivatrice, entrée le 18 avril 1886, salle Sainte-Anne, lit n° 26, dans le service de M. le Dr Pinard, hôpital Lariboisière.

Père mort à 56 ans d'étranglement herniaire.

Mère morte à 56 ans d'une affection cardiaque.

A eu quatre frères, dont trois vivants et un mort à 13 mois.

A quatre sœurs vivantes et bien portantes. Aucun vice de conformation.

Née en Alsace, qu'elle a toujours habitée jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital; à 22 ans aurait eu une fluxion de poitrine à la suite de laquelle elle serait restée malade pendant seize mois. Pas d'autre maladie.

Réglée à 14 ans. Menstruation régulière, durant quatre jours, non douloureuse, abondante. Jamais de flueurs blanches. Au moment de sa maladie à 22 ans, la malade n'a pas été réglée pendant seize mois.

Mariée à 27 ans, première grossesse à 28 ans; les autres à 29, 31, 33, 35, 37, 38 ans. Tous les enfants sont venus par la tête et à terme; ils ont été nourris par la mère et sont bien portants, trois garçons et quatre filles. Les accouchements ont toujours été normaux ainsi que les suites de couches; la femme se levait quelquefois deux ou trois jours après l'accouchement.

Cette femme travaillait aux champs; elle était d'une bonne santé.

Tous les enfants sont du même père.

Les dernières règles ont eu lieu le 20 juin; jamais, depuis cette époque, la femme n'a perdu de sang, sauf au moment de son entrée à l'hôpital. A été très fatiguée pendant sa grossesse, mais n'a jamais été obligée de garder le lit.

A senti remuer l'enfant en janvier.

Part le 17 avril d'Alsace pour venir habiter Paris; voyage pendant six heures en chemin de fer. Arrivée à Paris, est prise de douleurs à 9 heures du matin. Perd du sang de suite en grande abondance. Un médecin et une sage-femme sont appelés et conseillent l'entrée à l'hôpital, où elle arrive à 1 heure de l'après-midi. Elle perd à ce moment une quantité de sang considérable; des caillots tombent sur l'escalier et les endroits par où la femme se rend à la salle d'accouchements sont marqués par des traces de sang. Les linges sont remplis de sang.

Au moment de son entrée dans la salle d'accouchements, on con-

state que l'orifice utérin présente une dilatation d'un franc environ; on trouve à droite le placenta qui fait en partie hernie hors l'utérus; par le palper on constate une présentation du siège en S. I. D. P. Pas de battements fœtaux. Malgré les irrigations d'eau chaude à 48°, cette femme continue à perdre un peu de sang; on rompt les membranes à 1 heure 10; à partir de ce moment la femme,qui était très pâle, ne perd plus que des quantités insignifiantes de liquide sanguinolent. Les douleurs sont fortes et rapprochées; on fait à la femme trois irrigations d'eau chaude; à 3 heures, la dilatation est complète, le siège est profondément engagé, on ne sent plus le placenta. A 3 heures 1/2, la femme accouche spontanément d'un enfant mort, du sexe masculin, pesant 1 kil. 10 gr.; bec-de-lièvre double avec gueule de loup, hernie diaphragmatique.

La délivrance se fait spontanément à 3 heures 50 du soir; le placenta s'est présenté par un de ses bords, il est normal; les membranes sont entières, mais déchirées. La rupture a été faite près du bord placentaire à l'endroit où l'on constate la présence d'un gros caillot.

Les suites de couches sont normales; la femme demande à sortir le 25 avril; le maximum de la température a été de 37°,4 le soir du deuxième jour après l'accouchement.

L'involution utérine paraît complète.

La présentation du tronc détermine, plus encore que la présentation du siège, des distensions exagérées, mais je reviendrai sur ce point.

En résumé, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, tantôt les membranes se rompent prématurément, tantôt elles résistent et le placenta se décolle. La résistance plus ou moins grande des membranes produit l'un ou l'autre de ces résultats.

Enfin, dans certains cas, on n'observe ni rupture prématurée, ni décollement placentaire, en raison de la résistance des membranes, de la résistance du placenta, de la présentation du fœtus, et des circonstances qui font que les pressions et les distensions localisées ne se produisent qu'au moment du travail, où d'autres facteurs entrent en jeu.

Quelle est l'influence de la rupture prématurée sur la produc-

tion ou la cessation de l'hémorrhagie, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur?

Dans tous les cas où j'ai observé la rupture prématurée des membranes, je n'ai jamais observé consécutivement la production de l'hémorrhagie.

Dans tous les cas où l'hémorrhagie s'était montrée la première, j'ai toujours vu la rupture prématurée, spontanée ou artificielle, faire cesser l'hémorrhagie, excepté lorsque le fœtus se présentait par le tronc, et encore, dans plusieurs cas de présentation du tronc, ai-je vu la rupture des membranes faire cesser l'hémorrhagie, ainsi que le démontrent plusieurs observations qui suivent.

C'est après avoir observé l'absence d'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, alors qu'il y avait rupture prématurée, que j'ai été conduit à rompre artificiellement les membranes, même avant tout début de travail.

La rupture artificielle des membranes a été conseillée et pratiquée depuis longtemps dans les cas d'insertion vicieuse, puisque Mauriceau la conseillait. Connue sous le nom de méthode de Puzos, elle a été employée par les uns et rejetée par les autres. Je ferai remarquer que Puzos ne commençait pas par rompre les membranes. Il provoquait d'abord le travail, puis rompait les membranes lorsque le travail était commencé et dans le but d'accélérer ce dernier. Le passage suivant du fameux mémoire de Puzos ne laisse aucun doute à cet égard.

Après avoir établi un parallèle entre l'accouchement forcé et l'accouchement naturel dans les cas de pertes de sang, et montré les avantages de l'accouchement naturel, Puzos reconnait que ce dernier a un inconvénient : la lenteur avec laquelle il s'effectue ordinairement. Aussi dit-il :

« Le moyen de remédier à la lenteur de l'accouchement naturel est d'emprunter quelque chose de l'accouchement forcé; l'expérience m'en a souvent fait connaître la possibilité. Il s'agit d'augmenter la dilatation de l'orifice avec le travail des doigts, dans le même ordre et avec autant de douceur que la nature a coutume de s'y employer dans les cas ordinai-

res. Il est rare que la perte de sang causée par le décollement de quelques portions de placenta ne fasse ouvrir la matrice plus ou moins : la quantité de sang qui imbibe l'orifice et les caillots qui s'y forment sont comme autant de coins qui le dilatent et le disposent à fléchir sous le poids des corps renfermés; ce commencement de dilatation détermine l'accouchement ; il s'y joint quelquefois de légères douleurs ; mais comme les faiblesses, même les évanouissements qui sont des accidents ordinaires à la perte, sont souvent des obstacles à la continuation des douleurs et à l'action de la matrice pour chasser l'enfant, on est obligé de les rappeler lorsqu'elles manquent, ou de les augmenter lorsqu'elles sont trop faibles. Pour cet effet, il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa résistance : cet écartement gradué, interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs, il met la matrice en action et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux de l'enfant : l'attention pour lors doit être d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut, pour procurer l'écoulement des eaux, parce que leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice, qu'il fournit à cette partie le moyen de se contracter et de s'emparer de l'espace qu'elles occupaient dans sa cavité. La matrice ainsi réunie et tendant à l'être davantage presse l'enfant du fond vers son orifice ; elle y excite de plus fortes douleurs, les efforts volontaires et involontaires s'y joignent. Les douleurs et les efforts mis à profit par la malade, secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent pour l'ordinaire et font avancer l'enfant : le sang qui s'échappait se trouve retenu dans les vaisseaux par la compression générale et par le resserrement de la partie ; enfin la nature et l'art concourent ensemble pour avancer l'accouchement ; il se fait, pour l'ordinaire, en assez peu de temps, et l'on a presque toujours la satisfaction de sauver la vie à la mère et à l'enfant, qu'ils auraient infailliblement perdue par l'accouchement simplement naturel et qu'ils auraient

extrêmement risquée par l'accouchement forcé. » (Puzos. *Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses, etc.*)

Contrairement à Puzos, je crois qu'il faut débuter par rompre les membranes.

Il est bien évident, et je pense que personne ne peut plus discuter sur ce point, qu'il faut dans les cas de présentation du tronc transformer la présentation transversale en présentation longitudinale, soit par manœuvres externes, soit par manœuvres combinées internes et externes, avant de pratiquer la rupture des membranes.

Je crois que la méthode dite de Braxton Hicks, préconisée surtout dans ces cas par Hoffmeier et depuis par Behm, Lomer, etc., donne de bons résultats, en ce sens qu'elle entraîne la rupture prématurée des membranes. La question du tampon agissant de dedans en dehors est extrêmement importante, mais elle est secondaire, car il faut avant tout empêcher le décollement placentaire, ce qu'on n'obtient qu'en déchirant le chorion.

La présentation du sommet pas plus que la présentation du siège n'empêche la production de l'hémorrhagie. Avec une présentation longitudinale, l'hémorrhagie sera moindre, je le veux bien, je le reconnais, mais elle survient ainsi que le démontre le fait suivant :

Observation II.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Multipare ; insertion vicieuse du placenta ; accouchement prématuré à 8 mois ; hémorrhagies pendant les quinze derniers jours de la grossesse ; hémorrhagie pendant toute la durée du travail ; les membranes intactes et le placenta coiffent la tête au moment de l'expulsion ; l'enfant meurt une heure après la naissance.

Caubet, 37 ans, couturière, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, le 9 mai 1885, à 9 heures du soir. Cette femme, bien conformée, habituellement bien réglée, est accouchée trois fois spontanément à terme d'enfants vivants se présentant par le sommet. Elle

a eu ses règles pour la dernière fois, le 23 septembre 1884. La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'à six mois et demi. A cette époque, sans cause appréciable, la nuit, elle eut une métrorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément au bout de quelques heures. A deux reprises différentes, dans l'espace de quinze jours, deux nouvelles hémorrhagies se montrèrent dans les mêmes conditions, mais moins abondantes que la première.

Le 9 mai à 4 heures du soir C... ressent les premières douleurs; en même temps l'hémorrhagie se reproduit et c'est à cause d'elle que C... se décide à entrer à l'hôpital à 9 heures du soir. Son état général est bon ; elle ne paraît pas très anémiée. L'enfant vivant se présente par le sommet en O. I. G. A. ; la tête est bien engagée. Au toucher on trouve le col effacé, l'orifice externe dilaté comme une pièce de 1 franc ; ses bords sont épais, ainsi que la partie avoisinante du segment inférieur à gauche et en arrière. Pouls vaginal à gauche. Les membranes sont intactes et épaisses.

L'écoulement sanguin continue, modérément abondant; il augmente au moment des contractions.

Nous faisons une irrigation chaude à 48° durant une demi-heure ; l'hémorrhagie s'arrête. Les contractions augmentent de force et de fréquence.

Une demi-heure après on voit apparaître à la vulve, coiffant la tête, les membranes intactes et le bord du placenta; nous rompons les membranes et immédiatement la femme expulse spontanément un garçon en état de mort apparente pesant 2,000 grammes. Ranimé et placé dans la couveuse, l'enfant meurt une heure après. Aussitôt après le fœtus le placenta est expulsé; il s'est présenté par un de ses bords, est irrégulier, à cotylédons atrophiés. Les membranes entières mesurent 0/30.

La présentation du tronc favorise l'hémorrhagie en distendant le segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire en produisant à son maximum le décollement du placenta.

Aussi je pense que dans les cas d'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta assez grave pour nécessiter une intervention, la conduite à tenir est la suivante :

1° S'assurer que la présentation est celle du sommet ou du siège. Si c'est une présentation du tronc transformer cette

présentation en présentation longitudinale, siège ou sommet, suivant la facilité avec laquelle on peut abaisser l'un ou l'autre de ces pôles fœtaux ;

2° Déchirer largement les membranes, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas un début de travail.

Les observations suivantes donnent les résultats de cette méthode.

OBSERVATION III.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Secondipare ; insertion vicieuse du placenta ; avortement à 6 mois 1/2 ; hémorrhagie au début du travail cessant après la rupture artificielle des membranes à la dilatation comme 1 franc ; terminaison spontanée sans hémorrhagie.

La femme Raymond, 22 ans, ménagère, entre le 19 mai 1885, à 3 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 21, service de M. le Dr Pinard.

Secondipare, bien réglée tous les mois pendant quatre jours, cette femme a eu ses dernières règles le 15 novembre 1884. Sa grossesse a été bonne jusqu'à 6 mois 1/2.

Le 19 mai à 2 heures du soir elle est prise d'une forte hémorrhagie et entre à l'hôpital une heure après, perdant du sang en faible quantité.

Par le toucher on trouve le col non effacé, perméable et en pénétrant jusqu'à l'orifice interne on sent les membranes épaisses. Le segment inférieur de l'utérus est très épais à gauche. Pas de battements.

Le fœtus très mobile est vivant. La femme n'est pas en travail.

Nous pratiquons des irrigations vaginales à 48° pendant une demi-heure. L'hémorrhagie s'arrête.

Le 20 au matin on n'entend plus les battements du cœur fœtal.

Le 20 à 2 heures du soir apparaissent les premières douleurs ; l'hémorrhagie recommence et persiste. A 3 heures le col est effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 1 franc ; le doigt sent au niveau de la partie gauche de l'orifice le bord du placenta décollé dans une petite étendue. A travers les membranes épaisses on arrive sur un pied.

L'hémorrhagie continuant malgré les irrigations chaudes, nous rompons les membranes. Immédiatement l'hémorrhagie s'arrête, et,

quelques minutes après, expulsion spontanée d'un garçon pesant 750 grammes, mort et commençant à desquamer, qui se présente par le siège.

Délivrance naturelle aussitôt après, sans hémorrhagie. Le placenta présente, au niveau de sa face utérine, de nombreux caillots récents. Les membranes entières mesurent 0/20.

Suites de couches normales.

Observation IV.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Treizième grossesse ; insertion vicieuse du placenta ; présentation du plan latéral droit ; hémorrhagie depuis le début du travail jusqu'au moment de la rupture de la poche, qui se produit spontanément avant la dilatation complète ; enfant mort ; version podalique.

La nommée B..., 38 ans, ménagère, entre le 21 juin 1885, à 3 heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, salle d'isolement, n° 3.

Elle est enceinte pour la treizième fois ; 8 grossesses à terme ; 6 enfants sont vivants, 2 sont morts à 18 mois. Un avortement gémellaire à 6 mois ; les jumeaux étaient mort-nés. Un avortement à 4 mois, un à 5 mois, un à 3 mois. B... est jumelle.

Irrégulièrement réglée, B... a eu ses règles pour la dernière fois le 20 septembre 1884. Sa grossesse, arrivée à terme, a été normale jusqu'au 15 juin. A partir du 15 juin elle a perdu tous les jours un peu de sang.

Le 20 juin à 6 heures du matin apparaissent les premières douleurs. A 6 heures du soir survient une hémorrhagie très abondante. Une sage-femme de la ville appelée près de B... conseille de la transporter à l'hôpital où elle arrive à 3 heures du matin. L'hémorrhagie, qui avait persisté toute la soirée et la nuit, s'était arrêtée à partir du moment où « les eaux avaient percé » à 2 heures du matin.

Le fœtus mort se présente par l'épaule droite en A. I. G. Au toucher on sent dans l'orifice complètement dilaté une portion du placenta et une petite extrémité qu'on attire aisément au dehors ; c'est le membre supérieur droit.

Immédiatement l'interne pratique la version podalique ; l'extraction se fait sans difficulté, sans hémorrhagie. L'enfant du sexe féminin est mort et pèse 2,400 grammes.

Délivrance naturelle dix minutes après. Placenta irrégulier. Les membranes entières mesurent 0/30. Le cordon formait autour du cou deux circulaires très serrés.

Suites de couches normales.

OBSERVATION V (résumée).

A. Belot, 26 juin 1885, troisième grossesse, à terme. Hémorrhagie débutant une heure et demie après l'apparition des premières douleurs ; une demi-heure après, à l'arrivée à l'hôpital, l'hémorrhagie continue ; la dilatation est complète, sommet O. I. D. P. On rompt les membranes, l'hémorrhagie s'arrête. Expulsion spontanée, vingt minutes après, d'une fille vivante, de 2,700 grammes. Membranes, 6/30.

OBSERVATION VI (résumée).

L. Brossard, 30 juin 1885, sixième grossesse, enceinte de 7 mois 1/2. Hémorrhagies quinze jours avant l'accouchement, tous les jours ; hémorrhagie débutant quelques heures avant l'apparition des premières douleurs. L'hémorrhagie continuant, on rompt artificiellement les membranes à la dilatation comme 2 francs ; l'hémorrhagie s'arrête. Quatre heures après, expulsion d'un fœtus très macéré (pas de syphilis). Membranes, 5/25. Sortie huit jours après.

OBSERVATION VII (résumée).

Malmain, 3 juillet 1885, primipare, 8 mois. Sommet O. I. D. P. Hémorrhagies pendant les quatre premiers jours qui précèdent l'accouchement. Hémorrhagie au début du travail arrêtée par rupture artificielle à la dilatation comme 1 franc. Enfant vivant, pesant 2,800 grammes. Membranes 3/25.

OBSERVATION VIII.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Quatrième grossesse ; insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagie au sixième mois ; accouchement prématuré ; hémorrhagie pendant le travail ; présentation de l'épaule droite en A. I. D. ; rupture artificielle des membranes à la dilatation comme la paume de la main ; arrêt de l'hémorrhagie ; version podalique ; enfant mort trois heures après la naissance.

La femme Thein, 31 ans, ménagère, entre le 8 juillet 1885 à 4 heu-

res du soir, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, chambre d'isolement n° 2.

Bien conformée, d'une bonne santé habituelle, cette femme a déjà accouché deux fois à terme d'enfants vivants se présentant par le sommet, et une fois à 7 mois d'un enfant mort. Habituellement bien réglée, elle ignore à quelle époque elle a eu ses dernières règles. Elle paraît être enceinte de six mois.

Elle n'a rien présenté de particulier pendant les six premiers mois de la grossesse actuelle. Le 1er juillet vers minuit, elle est prise d'une hémorrhagie abondante qui s'arrête spontanément au bout de quelques heures.

A midi le 8 juillet, apparaissent les premières douleurs et presque aussitôt T... commence à perdre du sang assez abondamment. L'hémorrhagie augmentant de gravité, T... se présente à l'hôpital à 4 heures du soir. Nous la trouvons dans l'état suivant:

Présentation de l'épaule droite en A. I. D.; orifice dilaté comme la paume de la main et dilatable. Poche des eaux intactes. On sent au travers des membranes la main et l'avant-bras droits. L'hémorrhagie continue.

Immédiatement nous rompons les membranes; l'hémorrhagie s'arrête. Nous faisons la version podalique qui s'exécute sans difficulté et sans perte de sang. L'enfant, du sexe masculin, vivant, pèse 1700 gr.

Le travail a duré quatre heures. La délivrance naturelle se fait une heure après. Le placenta était inséré sur le segment inférieur; les membranes ont été rompues juste au niveau de son bord. Elles mesurent 0/25.

L'enfant a vécu cinq heures.

Suites de couches normales. Thein est sortie, sur sa demande expresse, le 16 juillet.

Observation IX.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Insertion vicieuse du placenta; présentation du siège en S. I. D. A.; hémorrhagies répétées pendant les quinze derniers jours de la grossesse; hémorrhagie grave au début du travail; rupture artificielle de la poche des eaux à la dilatation comme 50 centimes; accouchement spontané sans hémorrhagie nouvelle; enfant mort; septicémie; irrigation continue intra-utérine; guérison.

Femme R..., 27 ans, ménagère, entre le 30 octobre 1885, à 2 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, chambre d'isolement n° 3.

D'une bonne santé habituelle, régulièrement réglée tous les mois pendant trois jours; elle a accouché une première fois à terme d'un enfant vivant, qui s'est présenté par le sommet, et a été élevé au biberon par la grand'mère, en Allemagne (mai 1878). Cet enfant est actuellement bien portant.

R... a eu ses dernières règles à la fin de janvier. La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'au terme de 8 mois. A cette époque, il y a quinze jours, elle fut prise une nuit d'une hémorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément vers le matin. L'hémorrhagie reparut la nuit suivante et pendant quinze jours R... perdit du sang presque tous les jours en quantité variable. Pendant tout ce temps elle fut assistée par une sage-femme qui méconnut l'insertion vicieuse, et ne fit rien pour arrêter l'hémorrhagie que des examens répétés.

Le 2, à 8 heures du soir, apparaissent les premières douleurs; en même temps survient une nouvelle perte plus inquiétante que les précédentes.

Le 3, vers midi, la sage-femme fait appeler un médecin qui, après avoir en vain essayé d'arrêter l'écoulement sanguin, fait transporter la malade à l'hôpital, à 2 heures du soir.

Nous la trouvons à son arrivée dans l'état suivant: peau et muqueuses entièrement décolorées, pouls petit et très rapide, état syncopal.

L'hémorrhagie continue. Par le palper on n'a pas nettement la sensation des parties fœtales; l'utérus, plus volumineux que ne le comporte l'âge de la grossesse, est constamment tendu. Il y a excès de liquide amniotique.

On n'entend pas les bruits du cœur. R... ne sent plus remuer depuis ce matin.

Au toucher on trouve le col effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 50 centimes, et un siège amorcé en S. I. D. A. M[lle] Carrier, sage-femme de garde, a recours, pour arrêter l'hémorrhagie, à la méthode recommandée par M. Pinard; elle rompt les membranes et immédiatement l'écoulement sanguin cesse. Il s'écoule environ un litre et demi de liquide amniotique d'apparence normale.

La dilatation est complète à 3 heures du soir, le 3. Terminaison spontanée à 3 h. 1/2. L'enfant, du sexe masculin, mort, mais non macéré, pèse 3,000 grammes. Le travail a duré 19 heures.

Délivrance naturelle un quart d'heure après sans hémorrhagie. Le placenta, de forme irrégulière, était inséré sur le segment inférieur.

Les membranes ont été rompues sur le bord même du placenta. Elles mesurent 0-35.

Immédiatement après la délivrance, on fait une grande irrigation intra-utérine d'un quart d'heure de durée avec la solution de biiodure à 1/2000°. R... est placée dans le décubitus dorsal, la tête basse; on l'enveloppe de linges chauds. Rhum. L'état syncopal se prolonge jusqu'au soir. Température normale. P. 140.

Le 4 et le 5, le traitement se borne à des injections vaginales faites toutes les deux heures; le 4 au soir, T., 39°,4; le 5, à 8 heures, 40°,2. Pouls 160.

A 8 heures du soir, le 4, la température étant à 39°,6, nous faisons une injection intra-utérine. A 10 h. 1/2 du soir, grand frisson qui dure un quart d'heure, avec claquement de dents; début de l'irrigation continue intra-utérine.

A 1 heure du matin la température est revenue à 38°, et pendant toute la journée du 6 elle oscille entre 37°,5 et 38°,3. P. 160. Pas de frissons. Aucun symptôme inquiétant du côté de l'abdomen.

De minuit à 4 heures du matin, le 7, l'appareil à irrigation cesse de fonctionner; la sonde intra-utérine est alors retirée, nettoyée et réintroduite; mais cet arrêt suffit pour amener une réascension de la température qui, le 7 à 7 heures du matin atteint 39° et à 10 heures 39°,4. P. 140.

Le 7 au soir, 37°,8, et le 8 le maximum ne dépasse pas 38°,6.

A midi, le 9, nous trouvons la sonde presque entièrement sortie du vagin, et nous la réintroduisons dans l'utérus. Il ne s'écoule pas de sang, bien que le col ait offert un peu de résistance. Les lochies n'ont aucune odeur. P. 152. Céphalalgie frontale violente. A 4 heures du soir, ascension brusque, 39°,6, mais la température redescend bientôt, ne dépassant pas 38°,5 le 10, 39° le 11 et 38°,6 le 12.

Le 12 l'état général étant excellent, en l'absence de toute réaction locale, nous substituons à la sonde intra-utérine une sonde vaginale à l'aide de laquelle l'irrigation continue est reprise. Pendant la nuit du 12 au 13, surviennent quelques frissonnements, une céphalalgie intense. La face est congestionnée, le pouls bat 160 fois par minute. A 10 heures du matin, le 10, la température atteignait 40°, chiffre que nous n'avions encore jamais observé depuis le début de l'irrigation. Immédiatement nous réintroduisons une sonde dans l'utérus, mais le col est fermé, et nous sommes obligé de forcer légèrement. Dès que nous avons ouvert le col et introduit la sonde, il s'écoule

environ un verre de pus extrêmement fétide. C'est évidemment à cette rétention qu'est due la rechute à laquelle nous assistons. L'examen de la courbe pendant les jours suivants le prouve. L'irrigation est définitivement suspendue le 22 octobre, après 17 *jours de durée.*

OBSERVATION X (résumée).

Femme Poirey. 3 novembre 1885. Sixième grossesse, 9 mois; hémorrhagie au début du travail, arrêtée par rupture artificielle des membranes, à l'arrivée à l'hôpital quelques instants après l'apparition des premières douleurs. Sommet O. L. D. P., fille vivante 3,200. Membranes, 8/30.

OBSERVATION XI (résumée).

Marie Perny. 21 novembre 1885. Troisième grossesse, 7 mois; sommet O. I. G. A. Hémorrhagie au début du travail; la femme perdant du sang à son arrivée à l'hôpital on rompt artificiellement les membranes 1 heure 1/2 avant la dilatation complète. L'accouchement se termine sans hémorrhagie deux heures après. Enfant mort pendant le travail et pesant 1600 gr. Membranes, 3/25.

OBSERVATION XII.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Secondipare; grossesse de 7 mois; hémorrhagies; tamponnement incomplet en ville; l'hémorrhagie continue; rupture artificielle des membranes avant toute dilatation; l'hémorrhagie s'arrête immédiatement.

Claudine Ch..., 21 ans, ménagère, entre le 8 décembre 1885. à 5 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, chambre d'isolement, n° 2:

Secondipare, bien réglée, cette femme a eu ses règles pour la dernière fois le 22 juin; elle est enceinte de six mois et demi à sept mois.

A plusieurs reprises, pendant sa grossesse, elle a eu des métrorrhagies abondantes.

Le 7 décembre au soir, elle est prise d'une nouvelle métrorrhagie qu'une sage-femme de la ville, appelée à ce moment, essaye en vain d'arrêter. Dans la matinée du 8, un médecin, appelé en consultation, pratique un tamponnement très incomplet. L'hémorrhagie continuant,

Ch... est apportée à l'hôpital dans un état d'anémie profonde, à cinq heures du soir. Elle a des contractions douloureuses depuis deux heures de l'après-midi.

L'examen, pratiqué à ce moment, après ablation d'une dizaine de bourdonnets de charpie exhalant une odeur infecte, révèle les particularités suivantes :

Présentation du siège S. I. D. A. Col encore long, perméable. *Par le toucher vaginal, on sent les cotylédons placentaires.* On n'entend plus les battements du cœur fœtal. L'hémorrhagie est abondante.

Immédiatement, les membranes sont rompues artificiellement (5 h. 1/4). L'hémorrhagie s'arrête. Grand lavage du vagin avec la solution de biiodure à 48°.

A 6 heures, expulsion spontanée d'un fœtus du sexe féminin, mort non macéré, pesant 1,570 grammes. Le travail a duré quatre heures dix.

La délivrance se fait spontanément à 7 h. 10 ; les membranes restent en totalité et on y applique une ligature.

Aussitôt après la délivrance, la femme est soumise à l'irrigation continue vaginale, et, à 10 heures du soir, les membranes sont expulsées spontanément ; elles sont très épaisses. Le placenta présente des traces d'anciens foyers hémorrhagiques.

Septicémie. Morte le septième jour.

Observation XIII.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Sixième grossesse ; insertion vicieuse du placenta ; présentation du sommet O. I. G. A. ; hémorrhagie grave avant tout début du travail ; rupture artificielle des membranes suivie de l'arrêt de l'hémorrhagie ; accouchement sans nouvelle hémorrhagie ; enfant vivant.

Joséphine M..., 39 ans, journalière, entre le 10 janvier 1886, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 21. Cette femme perd du sang en abondance.

Déjà, il y a quinze jours, elle avait été prise d'une métrorrhagie grave pour laquelle elle était entrée dans le service. M. Pinard avait diagnostiqué une insertion vicieuse du placenta et maintenu la femme au repos pendant quatre jours. L'hémorrhagie s'était arrêtée. M... avait, malgré les conseils de M. Pinard, voulu retourner chez elle.

Ce matin, 19 janvier, étant encore au lit, elle eut une nouvelle métrorrhagie qui a continué et augmenté d'intensité pendant qu'on transportait M... à l'hôpital.

L'examen pratiqué à l'entrée par M. Pinard donne les résultats suivants :

La grossesse paraît arrivée à son terme ; les dernières règles remontent au 8 avril 1885.

Le fœtus vivant se présente par le sommet en O. I. G. A. ; la tête est mobile au détroit supérieur qui n'est pas rétréci. Pas de contractions douloureuses.

Au toucher, on sent le col très long, perméable ; le segment inférieur est notablement plus épais à droite et en arrière. A travers le col on sent, au niveau de l'orifice interne, les cotylédons placentaires et les membranes épaisses.

Malgré une irrigation vaginale à 48°, d'un quart d'heure de durée, l'hémorrhagie continue, abondante.

M. Pinard, à l'aide du perce-membranes, introduit dans le col et guidé sur la face palmaire de l'index, rompt les membranes qu'il déchire ensuite aussi largement que possible. La tête qui, pendant cette manœuvre, a glissé dans la fosse iliaque gauche est ramenée au-dessus du détroit supérieur, où on la fixe à l'aide d'un bandage fortement serré. A partir du moment où les membranes sont rompues (10 heures 1/2 du matin) l'hémorrhagie s'arrête complètement.

A 11 heures du matin apparaissent les premières douleurs. Le travail marche rapidement. La dilatation est complète à 1 heure 45 du soir et l'accouchement se termine spontanément à 2 heures, après trois heures de travail.

L'enfant, du sexe masculin, vivant, pèse 3,000 grammes.

La délivrance naturelle a lieu une demi-heure après, sans hémorrhagie.

Le placenta a présenté un bord ; il est normal. La rupture des membranes a été faite juste au niveau du bord du placenta. Les membranes entières mesurent 0/34.

Suites de couches normales. La mère et l'enfant sortent en bon état le dixième jour.

Je n'ai, dans aucun de ces cas, pratiqué le tamponnement. Mais, dans l'observation suivante, en raison du rétrécissement du bassin, craignant qu'après la rupture des membra-

nes, la tête se trouvant suspendue au niveau du détroit supérieur ne pût s'appliquer sur le segment inférieur, j'eus encore recours à la méthode classique et je pratiquai le tamponnement. Mais en raison même du rétrécissement, cette méthode ne put donner de bons résultats, tandis que la rupture des membranes fit cesser l'hémorrhagie.

Observation XIV.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Troisième grossesse ; rétrécissement du bassin ; diamètre promonto-pubien minimum, 7 1/2 ; insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagies à 8 mois 1/2 ; accouchement prématuré ; hémorrhagie grave au moment du travail ; version par manœuvres externes ; application de la ceinture eutocique ; tamponnement ; l'hémorrhagie continuant, rupture artificielle des membranes ; arrêt de l'hémorrhagie ; enfant mort ; basiotripsie faite par M. Pinard ; délivrance par expression.

La femme Girard, 32 ans, cuisinière, entre le 11 juillet 1885 à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, chambre d'isolement n° 1.

De petite taille, sans déformation notable du squelette, elle ignore à quelle époque elle a marché. Ses deux premiers accouchements, qui ont eu lieu à terme, ont nécessité une intervention. Pour le premier, on fit une craniotomie qui fut suivie de l'expulsion spontanée du fœtus. La seconde fois, G... est venue accoucher dans le service de M. Pinard, au mois de septembre 1883 ; après un travail de vingt-cinq heures, il fallut terminer l'accouchement par une application de forceps au détroit supérieur (O. I. G. T.). L'enfant, du sexe masculin, vivant, pesait 3,300 grammes et présentait, au niveau de la bosse frontale gauche, un enfoncement produit par la pression du promontoire. Les principaux diamètres de la tête étaient les suivants : O. F., 11 1/2 ; O. M., 12 1/2 ; B. P., 8 1/2 ; B. T., 9 1/2 ; S. O. B., 10. Suites de couches normales. La mère et l'enfant sortent en bon état le 9e jour. L'enfant, élevé au sein par une nourrice, vit et est bien développé.

G... est enceinte pour la troisième fois. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 26 octobre. Sa grossesse est arrivée sans accident au terme de 8 mois 1/2. A cette époque, dans la nuit du 6 au 7 juillet, sans cause appréciable, sans douleurs, G... a une hémorrhagie peu abondante qui ne tarde pas à s'arrêter spontanément. Dans la nuit

du 8 au 9, survient une nouvelle hémorrhagie plus abondante et plus persistante. Effrayée, G... se décide à venir à la consultation de M. Pinard, le 11 juillet. L'examen révèle les particularités suivantes : ventre en obusier, utérus à grand diamètre transversal. L'enfant, vivant, se présente par l'épaule gauche, en A. I. D.

Au toucher, on trouve l'excavation vide. Le col est très élevé, difficile à explorer dans toute son étendue ; il a toute sa longueur, est perméable, mais on ne peut aller jusqu'à l'orifice interne. Le promontoire est très saillant. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 centimètres.

M. Pinard porte le diagnostic placenta prævia et décide G... à rester dans le service.

Vers 5 heures du soir, elle a une hémorrhagie peu abondante qui cède rapidement à une irrigation vaginale chaude. Pas de contractions douloureuses, pas de modifications du col.

A 11 heures du soir, l'hémorrhagie se reproduit et prend rapidement un caractère inquiétant. Une irrigation vaginale très prolongée avec de l'eau à 48° ne produit aucun effet. Nous faisons la version par manœuvres externes et nous appliquons la ceinture eutocique, qui est fortement serrée de façon à appliquer la tête fœtale sur le segment inférieur de l'utérus. Mais la tête reste très élevée et le rétrécissement l'empêche d'agir à la façon d'un tampon interne. L'hémorrhagie continue. Nous pratiquons alors le tamponnement du vagin.

Une demi-heure après l'application du tampon apparaissent les premières douleurs. A 2 heures du matin, le tampon est fortement imbibé, la femme pousse. Le tampon est enlevé ; nous trouvons le col en partie effacé, très perméable et en portant l'index très profondément, on arrive à sentir la tête fœtale, qui reste élevée. Au niveau de l'orifice interne, on sent, à droite, le bord du placenta, et à gauche, les membranes, très épaisses, qu'on rompt artificiellement à l'aide du perce-membranes, conduit sur la face palmaire de l'indicateur. Il s'écoule une notable quantité de liquide amniotique, la tête descend un peu et avec elle le cordon, qui ne bat plus. L'hémorrhagie, qui avait continué malgré le tamponnement et qui devenait tout à fait inquiétante, s'arrête. L'état général est grave ; à chaque instant surviennent des lipothymies ; le pouls est petit et très rapide ; la peau et les muqueuses sont complètement décolorées. La malade est placée la tête basse ; on applique des ligatures à la racine des membres. Injections sous-cutanées d'éther. Champagne.

A partir du moment où nous avons rompu les membranes, l'écoulement sanguin a cessé et on peut attendre sans inconvénient que le col soit suffisamment dilatable pour permettre une intervention. A 5 heures du matin, M. Pinard termine l'accouchement par une basiotripsie. L'orifice externe, dilaté comme la paume de la main, est en partie occupé par le placenta décollé. La tête, très élevée et mobile, est maintenue par un aide en O. I. D. T. M. Pinard fait la perforation au niveau de la fontanelle postérieure ; la branche gauche du basiotribe est laissée volontairement en arrière pour éviter de décoller davantage le placenta. L'application de la branche droite et le broiement s'exécutent aisément. Il n'y a pas d'hémorrhagie pendant l'opération. Après rotation, la tête est amenée au dehors, lentement, par des tractions douces et soutenues, et elle abaisse avec elle la lèvre antérieure du col, qui vient faire saillie à la vulve. L'extraction du fœtus se complète sans difficulté.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 2,500 grammes.

La délivrance est faite très lentement, par expression, à 6 heures du matin.

Le placenta a présenté sa face utérine ; vu par sa face fœtale, il a une forme discoïdale ; vu par sa face utérine, il est moins irrégulier que ne le sont d'habitude les placentas prævia. Cependant, quelques cotylédons sont atrophiés et l'un d'eux tend à s'isoler.

Les membranes entières mesurent 0.30.

Suites de couches normales. G... sort en parfait état le 25 juillet.

On remarquera que tous les cas relatés ci-dessus sont relatifs à des cas d'insertion marginale. Or, si la méthode que je préconise réussit dans ces circonstances, est-elle applicable aux cas d'insertion centrale ?

Je dois avouer que je n'ai pas encore rencontré un seul cas d'insertion dite *centrale* ou *complète*. Pendant mon internat à la Maternité, pendant mon clinicat, dans ma clientèle de la ville, depuis que je dirige le service d'accouchements de Lariboisière, je n'ai jamais vu que des insertions marginales. Plusieurs fois, il est vrai, on me dit que l'insertion était centrale, mais un examen plus complet me permit de reconnaître qu'à côté des cotylédons qui paraissaient être au centre de l'orifice, se trouvaient des membranes.

Donc, sans vouloir nier en aucune façon l'existence de l'insertion dite *centre pour centre*, je la crois excessivement rare puisque, en ne prenant que les chiffres fournis par la statistique de Lariboisière, depuis que je dirige le service, on trouve sur 6,960 accouchements, 26 insertions vicieuses du placenta, ayant donné lieu à des hémorrhagies. Et dans ces 26 cas, l'insertion était marginale.

N'ayant aucune expérience personnelle à propos de la conduite à tenir dans les cas d'insertion dite centrale, je ne puis avoir d'opinion à ce sujet, et il se peut que l'indication du tampon trouve un dernier refuge dans ces circonstances.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

ET EN PARTICULIER DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC DOUBLE SUTURE DE L'UTÉRUS PAR LA MÉTHODE DE SÆNGER.

Par J. Potocki, interne des hôpitaux.

(SUITE) (1).

Suture utéro-pariétale. — Quand les malades mouraient longtemps après avoir subi l'opération césarienne classique et par suite dans les cas où celle-ci avait été couronnée de succès, il était presque de règle de trouver des adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale. Il y avait là comme une indication fournie par la nature à suturer l'utérus à la paroi abdominale.

Pillore, chirurgien de Rouen, fut le premier à y songer, lorsqu'en 1854, il décrivit la suture utéro-pariétale (2). Il se proposait en réunissant l'utérus à l'abdomen, d'empêcher le passage, après l'opération, du sang et des lochies dans la cavité du ventre. A cet effet, il suture à points séparés la plaie

---

(1) Voy. *Annales de Gynécologie*, mars et avril 1886.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 595.

utérine au tiers inférieur de la plaie abdominale, puis ferme à l'aide d'une suture entortillée ou enchevillée la plaie abdominale dans ses deux tiers supérieurs. Sa conduite est donc absolument différente de celle des anciens chirurgiens qui, comme Lauverjat, s'efforçaient de détruire les adhérences développées entre l'utérus et la paroi abdominale, adhérences qui étaient considérées comme opposant de grands obstacles aux contractions utérines.

Le procédé même de Pillore n'a jamais été appliqué sur le vivant. Mais en 1859, la suture utéro-pariétale donna un premier succès entre les mains de Lestocquoy (d'Arras), qui ne connaissait pas le travail de son confrère de Rouen (1). Lestocquoy, après avoir incisé l'utérus, sans ouvrir l'œuf, réunit par dix points de suture entrecoupée la lèvre utérine de chaque côté de la lèvre pariétale correspondante. Il obtint « ainsi une « suture circulaire appliquant exactement l'une contre l'autre « les deux surfaces du péritoine (pariétale et viscérale) et des- « tinée à empêcher, pendant l'opération et plus tard, tout « épanchement de sang ou de liquide amniotique, ou de « lochies ou de pus, comme aussi à s'opposer à toute interpo- « sition dans la plaie, soit de l'épiploon, soit de l'intestin, soit « de la vessie. »

En 1869, Baudon (2), dans un remarquable travail sur l'opération césarienne, rejette la suture simple de l'utérus pour lui préférer la suture utéro-pariétale. Mais allant plus loin que ses devanciers, il veut, tout en isolant la plaie utérine de la cavité abdominale, par la suture utéro-pariétale, assurer une réunion immédiate de cette plaie et à cet effet, il indique un procédé très ingénieux, mais un peu compliqué, qui permet d'adosser les deux séreuses utérines l'une à l'autre.

---

(1) Dusart. Th. de Paris, 1867.

(2) Baudon. *Recherches sur l'opération césarienne. Exposition d'un nouveau modé de pansement donnant une réunion immédiate de la plaie utérine et mettant à l'abri des épanchements intra-péritonéaux.* (*Recueil de mém. de méd. et chirurg. militaires*, 1869, XXIII, 402.)

La suture utéro-pariétale fut recommandée et appliquée par nombre d'accoucheurs français et étrangers. Le professeur Tarnier sutura, comme Lestocquoy, à la paroi abdominale l'utérus déjà incisé, l'œuf étant encore intact, mais l'hémorrhagie foudroyante qui se produisit le força de terminer rapidement l'opération par le procédé classique.

Dans un second cas, modifiant le manuel opératoire, il sutura à la paroi abdominale l'utérus avant de l'inciser; l'opération fut difficile, la femme mourut de gangrène utérine. Cet insuccès porta M. Tarnier à écrire: « Reste à savoir si la « suture en diminuant les cas de péritonite ne favorisera pas « l'apparition de la gangrène (1). »

En Allemagne, E. Martin, Olshausen (2), en proclament les avantages.

Braxton Hicks et R. Barnes la modifient en Angleterre. Le procédé de R. Barnes (3) est fondé sur des principes analogues à ceux que Baudon avait appliqués deux ans auparavant.

Nous pouvons rattacher à la suture utéro-pariétale le procédé imaginé par Frank (de Cologne), car il est destiné à isoler la plaie utérine de la cavité péritonéale, en la renfermant dans une sorte de diverticule péritonéal isolé de la grande cavité séreuse (4).

L'utérus, extrait du ventre suivant la méthode de Müller, est incisé longitudinalement ou transversalement aussi bas que possible, puis suturé, au-dessus d'un tube à drainage péritonéo-utéro-vaginal. Cela fait, Frank suture ensemble, au-dessus de la plaie utérine, les deux ligaments ronds dans leur partie postérieure, dans toute l'étendue possible sans exercer sur eux de tiraillements, et les réunit finalement à la paroi

---

(1) Cazeaux, 9e édit., 1874, p. 1083.

(2) Sänger. *Der Kaiserschnitt*, *loc. cit.*, p. 118.

(3) *Description of a suture for closing the uterine wound in cesarean section and for uniting the uterine wound to the abdominal wall.* (*London obstetr. Trans.*, 1871, XII, p. 364.)

(4) *Central. f. Gynäk*, 1881, p. 593, et *eo. loc.*, 1885, p. 461.

abdominale correspondante dans toute leur moitié antérieure restée libre. Comme, une fois l'utérus renversé dans le ventre, il reste encore un espace triangulaire libre entre la partie non suturée des ligaments ronds et l'utérus, il le ferme en y appliquant une membrane résorbable (boyau de bœuf préparé). Suture de la partie supérieure de la plaie abdominale. Drainage.

Il a employé son procédé une première fois sur une femme morte, quelques heures après, des suites d'une brûlure extrêmement étendue; une seconde fois chez une femme qui put quitter la clinique au bout de trois semaines.

Sänger décrit dans son premier travail (1) un procédé de suture qui est destiné, comme celui de Baudon, à assurer une réunion de la plaie utérine par première intention, mais qui a l'avantage en outre de laisser à l'utérus presque toute son indépendance.

Sänger commence par fermer exactement la plaie utérine par le procédé que nous décrirons plus loin. Puis, l'utérus étant replacé dans le ventre, il le suture à points séparés, mais seulement avec le péritoine pariétal. Quand les fils sont serrés, le péritoine pariétal tapisse exactement l'utérus, de sorte qu'aucun intervalle n'existe entre eux. Un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, qui est réunie à son tour. Drainage utéro-vaginal.

Lorsqu'il y a intérêt à assurer aux lochies un libre écoulement au dehors, comme dans les cas de sténose de l'orifice cervical, on fait passer un tube à drainage par la plaie extérieure dans l'utérus. Si enfin on craint que la plaie utérine suppure ou se gangrène, Sänger conseille de la laisser à ciel ouvert. Pour cela, après l'avoir suturée, on réunit à une certaine distance de la ligne de suture le péritoine pariétal à l'utérus de chaque côté séparément et on ferme exactement la plaie à la partie supérieure en réunissant l'angle supérieur de la plaie abdominale à l'utérus. De la sorte, l'utérus est

(1) *Der Kaiserschnitt*, p. 178.

libre sur une surface elliptique, et on peut agir directement sur lui à l'occasion.

Suture séro-séreuse. — Il nous reste à parler du dernier mode de traitement de la plaie utérine dans la *méthode conservatrice*. Nous en reporterons l'histoire un peu plus loin, au moment où nous décrirons la suture de Sänger, cela nous permettra de ne pas scinder la question.

MÉTHODE RADICALE. — Elle consiste à supprimer tout ou partie de l'utérus.

Opération de Porro. — Le pédicule utérin est amené au dehors ou laissé dans le ventre : d'où deux méthodes de traitement.

Traitement extra-péritonéal du pédicule. — I. Les insuccès fréquents de la section césarienne classique sans suture, les succès très rares des méthodes de sutures utérines et utéro-pariétales jusqu'alors conseillées, ont amené le professeur Porro, de Pavie, à terminer l'opération césarienne par l'amputation de l'utérus et des ovaires. Le 21 mai 1876, il appliqua de parti pris son procédé sur une femme vivante. La femme guérit.

Le mémoire que publia Porro pour exposer sa méthode eut un grand retentissement (1). Les accoucheurs de tous les pays firent suivre l'extraction du fœtus de l'amputation de la matrice. Ils virent, comme Porro, dans l'ablation de l'utérus, un moyen infaillible de supprimer avec la plaie utérine, la septicémie, la péritonite et l'hémorrhagie qui les effrayait tant. Des modifications furent apportées au manuel opératoire, les unes, modifications de détail, d'autres plus essentielles. Nous n'y insisterons pas : nous préférons renvoyer, pour ce qui a trait

(1) Eduardo Porro. *Dell' amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo.* Milano, 1876.

à l'opération primitive de Porro, aux remarquables travaux de MM. Pinard (1) et Maygrier (2).

Il serait injuste de ne pas faire remarquer qu'en même temps que Porro modifiait d'une façon aussi essentielle la section césarienne classique, il fut le premier à introduire dans la technique de l'opération la méthode antiseptique. On doit attribuer à cette circonstance une large part dans les succès de l'opération nouvelle : elle bénéficiait ainsi des avantages dont l'ancienne opération césarienne ne devait jouir que plus tard, et dont cette dernière devait autrement profiter !

II. — Déjà Porro avait fait remarquer qu'on pouvait agir de deux façons différentes.

« On pouvait, après avoir pratiqué l'opération césarienne suivant le procédé ordinaire, amener l'utérus à l'extérieur, l'étrangler au niveau du col et sectionner les parties, ou bien imiter une opération que l'on pratique sur l'utérus renversé avec les ovaires renfermés dans sa nouvelle cavité, c'est-à-dire faire l'application dans le vagin d'une ligature au niveau du col et l'excision de l'organe renversé. Si, dans les amputations utéro-ovariennes pour tumeurs fibreuses...., l'unique voie d'amputation est la gastrotomie, parce que les parois utérines, par leur rigidité et leur dégénérescence, ne peuvent se renverser dans le vagin.... ; si, dans les amputations utéro-ovariennes pour renversement de l'utérus, la seule méthode est l'amputation par le vagin..., il n'en est pas de même dans l'hystéro-ovariotomie faisant suite à l'opération césarienne. On peut amputer par la voie sus-pubienne, ou bien par le vagin, après avoir produit artificiellement le renversement... Au contraire, l'amputation dans le vagin présente des inconvénients marqués, tels que : la difficulté de produire le renversement, si la matrice revient vite sur elle-même ; l'impossi-

(1) A. Pinard. *De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.* (*Ann. de gyn.*, 1879.)

(2) Maygrier. Th. de Paris, 1880.

bilité de faire passer l'utérus renversé à travers un détroit supérieur fortement rétréci.... (1). »

Wasseige (2) a conseillé, après avoir terminé l'amputation de Porro, d'inciser le cul-de-sac postérieur du vagin, d'y renverser le pédicule et de l'y fixer.

Enfin Frank (3) indique un procédé pour obtenir une inversion totale du moignon après l'amputation de Porro. Il place sur les bords du pédicule un assez grand nombre de fortes sutures d'argent dont il laisse pendre les fils. Il enlève ensuite la ligature élastique provisoire ; fait passer les fils par le col dans le vagin et, par des tractions sur les fils aidées de pressions sur le pédicule, il amène l'inversion de ce dernier, dont il réunit dans le vagin les surfaces péritonéales à l'aide de sutures au catgut.

Nous voyons donc qu'on a proposé d'inverser l'utérus entier, puis le moignon utérin seulement, ou encore de renverser dans le vagin le moignon sans l'inverser ; c'est sans contredit au procédé de Frank qui, en assurant l'hémostase, par la suture, permettrait le passage du moignon à travers un bassin très rétréci, qu'on donnerait à l'occasion la préférence.

M. Duchamp, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, vient tout récemment d'attirer de nouveau l'attention sur ce procédé d'inversion de l'utérus, qu'il croit devoir conseiller préférablement aux autres modes de traitement du pédicule dans l'opération de Porro (4).

Traitement extra-péritonéal du pédicule. — De plus en plus confiants dans l'antisepsie qui leur donnait des résultats inespérés dans les opérations abdominales, les chirurgiens en sont

(1) Wasseige. *De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.* (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1878, XII, 3e série, nº 5.)

(2) Sänger. *Der Kaiserschnitt*, *loc. cit.*, 1882, p. 192.

(3) *Beitrage zur Lehre von der sectio cæsarea.* (*Central. f. Gynäk.*, 1881, p. 605.)

(4) *De l'amputation par le vagin de l'utérus artificiellement inversé.* (*Loire médicale*, 15 avril 1886.)

arrivés à rechercher dans le plus grand nombre possible de cas la guérison par première intention. Pour l'ovariotomie, pour l'hystérectomie en dehors de la grossesse, on fait de plus en plus souvent le traitement intra-péritonéal. «Le listérianisme a supprimé le clamp», disait Spencer Wells. Il était naturel qu'on y songeât pour l'opération de Porro.

Litzmann, de Kiel, fut le premier à employer le traitement intra-péritonéal du pédicule. Après avoir lié les ligaments larges et lié plusieurs fois le pédicule, il le perdit dans le ventre; la femme mourut (1).

Dans les opérations suivantes, faites d'après la même méthode, on ne se contenta plus de lier le pédicule en masse, ou par parties après l'avoir divisé en fragments (2). On redouta de perdre dans le péritoine des portions de pédicule destinées à se sphacéler. Et on recourut à la suture du moignon. Wasseige (3) se contenta d'une simple suture. G. Veit, de Bonn (4), dans un second cas, appliqua au moignon utérin le procédé d'hémostase définitive et de suture du pédicule que Schrœder emploie aujourd'hui après l'hystérectomie abdominale (5). Il eut un succès.

En 1883, Kabierske jun., de Breslau (6), sutura le moignon en suivant le procédé de Sänger, il réussit également. On peut encore ajouter à la liste des opérations faites suivant cette méthode deux cas heureux de traitement intrapéritonéal du moignon, l'un de Salin, de Stockholm, l'autre de Sänger, de Leipzig (6).

Mais, malheureusement, le nombre des insuccès l'emporte aujourd'hui. Il faut en accuser et le traumatisme considérable qui résulte de l'ablation de l'utérus et des ovaires, et les

---

(1) *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1880, p. 231.

(2) *Central. f. Gynäk.*, 1881, p. 193.

(3) A.-R. Simpson. *Brit. med. Journ.*, juin 1881.

(4) Clado. *Arch. gén. de méd.*, février 1886.

(5) *Central. f. Gyn.*, 1883, nos 18 et 19.

(6) Chalot. *Ann. de gyn.*, 1883, II, p. 97.

mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent les femmes avant l'opération, et l'application défectueuse des sutures.

M. Chalot, professeur agrégé à Montpellier, a décrit (1) un procédé de suture du moignon utérin creusé en entonnoir et inversé, de façon à assurer l'adossement des séreuses. Il obtient l'hémostase définitive à l'aide de deux cordons de caoutchouc qui embrassent toute l'épaisseur des bords de l'utérus et sont serrés dans la cavité utérine par un anneau de plomb écrasé. La ligature élastique est destinée à tomber spontanément après section complète des tissus ; n'est-il pas à craindre que les parties mortifiées qui résultent de cette section n'infectent la plaie et le péritoine? Et n'y aura-t-il pas, une fois que le cordon de caoutchouc sera tombé, communication directe entre la cavité utérine et le péritoine, à moins que les tissus n'aient eu le temps de se cicatriser en arrière du fil, ce qui est bien aléatoire?

Extirpation totale de l'utérus. — De l'opération de Porro à l'ablation totale de l'utérus et des ovaires, il n'y a qu'un pas. Cette opération a été proposée par Bardenheuer, de Cologne, pour remplacer l'opération de Porro, dans le simple but d'obtenir un meilleur drainage (2).

Il propose surtout d'extirper totalement l'utérus dans les cas de cancer de l'utérus, de fibromes siégeant au niveau du col, d'infection de l'utérus. Cette extirpation totale n'a été encore faite qu'une fois par Bischoff dans un cas de carcinome de l'utérus. La femme mourut le deuxième jour (3).

DRAINAGE. — TOILETTE DU PÉRITOINE.

On ne pouvait manquer d'introduire le drainage dans la

---

(1) *Loc. cit.*, p. 109.

(2) Bardenheuer. *Die Peritonealdrainage.* (*Central. f. Gynäk.*, 1881, p. 515.)

(3) Sänger. *Der Kaiserschnitt*, p. 41.

technique de l'opération césarienne, c'était la conséquence naturelle de l'emploi des pansements antiseptiques.

De tout temps, d'ailleurs, on a fait passer dans l'angle inférieur de la plaie abdominale un séton, une tente, pour favoriser l'écoulement du pus et des lochies ; c'est un drainage rudimentaire. Ruleau, en 1659, introduisait dans l'utérus par le vagin « un cierge creux » pour maintenir ouvert le col de l'utérus, laisser un passage libre aux lochies et au besoin pousser des injections.

Depuis Chassaignac, on a eu recours au drainage avec des tubes de caoutchouc. Dans ces dernières années, Hégar s'est servi de tubes de verre fenêtrés à leur extrémité, avec lesquels il se propose d'obtenir un *drainage capillaire* ; ces tubes ont sur les précédents l'avantage de ne pas se laisser aplatir à la longue (1).

Toutes les combinaisons possibles de systèmes de drainage ont été employées. On a, par l'angle inférieur de la plaie abdominale, fait passer un tube dans le péritoine : drainage *abdomino-péritonéal* ; on a mis, par le vagin, un drain dans l'utérus : drainage *utéro-vaginal ;* on a combiné les deux drainages, il en est résulté le drainage *abdomino-utéro-vaginal.* Enfin, on a perforé le cul-de-sac antérieur ou le cul-de-sac postérieur du péritoine, pour le faire traverser par un drain *vagino-péritonéal antérieur* et *vagino-péritonéal postérieur.*

Aujourd'hui la plupart des accoucheurs, ayant le droit d'espérer la réunion par première intention et pouvant compter sur l'absence de suppuration, rejettent le drainage, quand ils ont pu opérer dans des conditions d'antisepsie rigoureuse. Dans tous les cas de section césarienne d'après la méthode de Sänger on s'en est abstenu. Le tube laisse un canal qui établit une communication permanente entre le péritoine et l'air extérieur, et dont la cicatrisation retarde la guérison définitive. On réservera le drainage pour les cas où l'infection est à

(1) Hégar et Kaltenbach, trad. Bar, 1885, p. 218.

craindre, qu'il y ait eu putréfaction du fœtus, inflammation utérine avant l'opération, etc.

On redoutait beaucoup autrefois le passage des liquides dans le péritoine au moment de l'opération ; on attachait surtout une gravité exceptionnelle à l'introduction de corps étrangers, comme les éponges, destinés à enlever les liquides de la cavité péritonéale ; aujourd'hui, on sait que ces craintes ne sont pas fondées. Des liquides aseptiques, comme le liquide amniotique normal, le sérum sanguin n'ont aucune action nocive sur le péritoine ; on pourrait les abandonner sans danger dans la cavité abdominale, s'ils sont en petite quantité ; on préfère les enlever et on se sert à cet effet de grandes éponges rendues aseptiques, souples, non coupées, pour enlever la majeure partie des liquides, puis de petites éponges montées, pour enlever ce qui peut encore séjourner dans les replis péritonéaux.

Naturellement, la toilette doit être faite beaucoup plus complètement si du liquide amniotique provenant d'un œuf macéré ou putréfié, ou même du liquide amniotique mélangé de méconium, est passé dans le péritoine ; c'est dans tous ces cas que la modification de Müller est particulièrement avantageuse.

Les accoucheurs sont en mesure actuellement d'ouvrir l'utérus sans qu'il passe une goutte de liquide dans le ventre : la toilette du péritoine est un temps de l'opération qui doit disparaître pour la majorité des cas.

TRAITEMENT DE LA PLAIE ABDOMINALE.

Il n'y a pas beaucoup à y insister ici : elle est aujourd'hui la même qu'après toute laparotomie. Qu'on applique ou non le drainage, le pansement est également le même.

Encore vers le milieu de ce siècle, on traitait la plaie abdominale de deux manières : on la réunissait soit au moyen de « sutures sèches », soit au moyen de sutures sanglantes.

Les sutures sèches, bandelettes agglutinatives, aussi peu

nombreuses que possible, n'évitaient aucunement le bâillement de la plaie dans leur intervalle.

Les sutures sanglantes étaient destinées à pénétrer à travers les tissus. On se gardait d'intéresser le péritoine. Leur histoire a passé par des péripéties aussi grandes peut-être que les sutures utérines. Sutures entrecoupées, enchevillées, du pelletier, sutures de fil de chanvre, de soie, d'argent, de catgut, tout à été employé.

On ne cherchait pas à obtenir l'occlusion rapide de la plaie abdominale. En 1749, Guénin (1) imagina une suture continue, bouclée, qui, dit-il, a l'avantage de se défaire à volonté. On peut ainsi, dans le cas d'hémorrhagie, introduire plus ou moins longtemps après l'opération la main dans le ventre pour enlever les caillots, et agir ensuite directement sur l'utérus, si cela devient nécessaire. C'est le seul auteur qui, autant que nous ayons pu le vérifier, ait employé un procédé de suture aussi bizarre.

La plaie abdominale est restée plus ou moins ouverte, dans presque tous les cas où on a suturé l'utérus avant l'introduction de la méthode antiseptique, parce qu'on faisait ordinairement passer les fils de suture par la plaie abdominale, et que, en règle générale, à leur niveau s'établissait la suppuration.

On n'aurait jamais osé autrefois réunir par la suture la partie inférieure de la plaie abdominale, car on voulait laisser un passage libre aux lochies ; ou cette extrémité inférieure restait libre, ou on y mettait « une tente, attachée d'un fil, garnie de digestif » ; le pus pouvait ainsi, guidé par la tente, s'écouler facilement au dehors. L'opérateur était ravi quand, au bout de quelques jours, revenant voir la malade, il trouvait « la suppuration bien établie ».

Dans la période moderne, par une heureuse imitation de ce qui a été fait pour l'ovariotomie, on fit d'abord des sutures intéressant le péritoine, puis, bientôt après, à ces sutures dites

(1) *Loc. cit.*

profondes, on superposa des sutures *superficielles* plus délicates, intéressant seulement la peau. Le nombre des sutures varie suivant la grandeur de la plaie ; on est en droit de dire que la grandeur de l'incision n'a plus guère d'influence. Si la réunion par première intention est obtenue, les tissus sont aussi solides qu'auparavant au niveau de la cicatrice.

La plaie des parois suturée, on applique un pansement antiseptique, soit un pansement de Lister, soit un pansement iodoformé. Une légère compression est exercée avec de la ouate.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

« L'opération est achevée, mais le plus difficile n'est pas fait.
« Le véritable chef-d'œuvre consiste à en prévenir et à en
« combattre les suites fâcheuses. C'est dans le traitement con-
« sécutif que se trouve la difficulté du problème. On a peu
« d'exemples de femmes mortes pendant l'opération ; c'est du
« troisième au sixième jour que le plus grand nombre suc-
« combent. »

Ainsi s'exprime Stoltz, en 1867, dans l'article *Césarienne* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, où il s'étend longuement sur le traitement.

Ecrites, il y a quelques années seulement, ces lignes n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Nous savons aujourd'hui que si la parturiente a des accidents inflammatoires à la suite de ses couches, c'est que les lois de l'antisepsie auront été violées pendant l'accouchement. Nous dirions volontiers que si la section césarienne est faite, alors que la femme n'est pas infectée, c'est pendant l'opération même qu'on applique le traitement consécutif. Qu'est-ce à dire ? C'est que, si en opérant, on prend les précautions antiseptiques les plus strictes et qui sont de rigueur, si on suture exactement et l'utérus et l'abdomen, il n'y aura pas d'inflammation consécutive, aucune de ces septicémies, de ces péritonites qui emportent les deux tiers des malades. Il restera encore assez d'autres chances de mort par accidents nerveux, dyspnée, hé-

morrhagies, suppuration, pour exercer la sagacité du médecin.

La malade était couchée autrefois sur le côté où l'incision était faite, quand l'incision était latérale, puis sur le dos quand l'incision était médiane, et plus ou moins élevée sur son lit pour favoriser l'écoulement des lochies. La patiente est invariablement couchée aujourd'hui dans le décubitus dorsal, immobile avec de la glace sur le ventre, cathétérisée plusieurs fois par jour, non alimentée, et soumise à l'influence de la morphine en pilules et en injections sous-cutanées.

Souvent le ventre se ballonne, il en résulte des accidents dyspnéiques graves par refoulement du diaphragme ; si ces accidents sont très accusés, que les opiacés ne puissent en être maître, on est autorisé à pratiquer la gastérocentèse et l'entérocentèse avec un fin trocart capillaire. L'entérocentèse paraît avoir donné de meilleurs résultats que l'introduction d'une sonde dans l'œsophage ou dans le rectum ; le cathétérisme du rectum a cependant, dans ces derniers temps, rendu de grands services dans la pratique des ovariotomistes. Il est souvent suffisant de défaire légèrement le pansement. Pour éviter cet inconvénient, Sänger maintient les pièces du pansement à l'aide de bandelettes agglutinatives qui glissent sur la peau et laissent la dilatation du ventre se produire sans résistance.

S'il survient des accidents inflammatoires, ils sont traités à la manière ordinaire. Le vagin a été, avant l'opération, désinfecté, puis bourré de gaze iodoformée. Si les lochies ont quelque odeur, on fait des injections vaginales antiseptiques, sinon on s'en abstient.

Quand on a pratiqué l'amputation de Porro avec traitement intra-péritonéal du pédicule, il n'y a rien à ajouter à ce qui vient d'être dit. Si le pédicule est fixé dans la plaie ou abandonné dans le vagin, il doit être l'objet de soins particuliers ; on le voit, en effet, se sphacéler peu à peu et se détacher au bout de quinze jours à trois semaines. Il y a alors

une plaie bourgeonnante, creusée en entonnoir et dont la cicatrisation est quelquefois fort longue; c'est un désavantage manifeste de la méthode extra-péritonéale de traitement du pédicule.

Il est rare que, quand on a pratiqué la gastro-élytrotomie, on n'ait pas à compter sur une longue suppuration. Le péritoine décollé sur une grande étendue, les tissus cellulaires de la fosse iliaque et du bassin, contus et maculés par le sang et le liquide amniotique, y prédisposent merveilleusement.

SUTURE SÉRO-SÉREUSE, DOUBLE SUTURE DE L'UTÉRUS, MÉTHODE DE SÆNGER.

Historique. — Nous voici arrivés au mode de suture, qui permet d'obtenir une cicatrisation rapide, presque instantanée de la face séreuse de l'utérus, une réunion par première intention du muscle utérin et qui est à l'abri des reproches adressés aux variétés de traitement de la plaie utérine décrites jusqu'ici.

L'idée première de l'adossement du péritoine à lui-même dans la suture appartient à van Aubel (1).

Van Aubel sectionne la paroi abdominale jusqu'à l'aponévrose de la ligne blanche, dissèque de chaque côté cette aponévrose de manière à la mettre à nu sur une largeur de 1 centimètre de chaque côté, et l'incise ensuite sur la ligne médiane avec le péritoine qui y reste adhérent. L'utérus est incisé suivant la méthode classique, puis le fœtus extrait on passe à la suture. « On dissèque sur une étendue d'un demi-pouce le péritoine viscéral en comprenant dans la dissection une partie aussi mince que possible de la substance musculaire. Pour fermer la cavité utérine, on applique aux deux lambeaux disséqués la suture qu'emploie M. Gély pour la guérison des plaies de l'intestin. On met ainsi en contact

(1) *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1862, p. 250.

séreuse avec séreuse dans le but d'obtenir une inflammation adhésive. » On procède ensuite à la réunion de la ligne blanche pour laquelle on emploie la suture du pelletier, en adossant les deux faces séreuses ; enfin on ferme la plaie cutanée avec la suture entrecoupée.

La même année, Martino d'Avanzo (1) conseilla de suturer l'utérus comme on suture les plaies de l'intestin, en employant la suture du matelassier qui permet d'adosser les deux surfaces péritonéales.

En 1867, Dusart (2) écrit : « Au lieu d'affronter simplement les deux surfaces créées par l'instrument tranchant, pourquoi ne pas pratiquer la suture de manière à mettre en contact les deux surfaces séreuses qui bordent la plaie utérine. » Et il conseille d'appliquer la suture de Lembert à la réunion des deux feuillets séreux utérins.

Baudon (3) qui cite ce passage de Dusart a proposé, comme nous l'avons vu, une suture utéro-pariétale ingénieuse, dans laquelle il s'efforce d'obtenir tout d'abord l'adossement des deux faces péritonéales de l'utérus.

Cazin (4) dit qu'il « adosse les séreuses utérines aussi parfaitement que possible », mais sans insister davantage.

Deux accoucheurs américains, Lungren et Baker, ont aussi insisté sur l'utilité de réunir les deux surfaces péritonéales après l'opération césarienne.

En 1882 parurent deux mémoires, celui de Sänger, de Leipzig (5), et celui de Kehrer, d'Heidelberg (6).

Sans nous occuper de la question de priorité qui est récla-

---

(1) D'après Sänger. *Der Kaiserschnitt, loc. cit.*, p. 136.

(2) *Loc. cit.*, p. 42.

(3) *Recueil de mém. de méd. et chir. militaires*, 1869, XXIII, 402.

(4) *Arch. de tocol.*, 1875, p. 711.

(5) M. Sänger. *Der Kaiserschnitt bei Uterus fibromen nebst vergleichender Methodik der Sectio cæsarea und der Porro-operation. Kritiken, Studien und Vorschläge zur Verbesserung des Kaiserschnitts*, Leipzig, 1882.

(6) Kehrer. *Ueber ein modificirtes Verfahren beim Kaiserschnitte. (Arch. f. Gynäk.*, 1882, Bd XIX, H. 2.)

mée par Sänger à son profit dans un travail paru la même année (3), nous décrirons d'abord le procédé de Kehrer en faisant remarquer de suite que les conclusions auxquelles il arrive sont écrites tout au long dans le premier mémoire de l'accoucheur de Leipzig.

Kehrer sectionne l'utérus transversalement au niveau du segment inférieur, sur la circonférence antérieure, dit-il, de l'orifice interne : le bâillement de la plaie est ainsi réduit au minimum, et plus tard, quand la suture sera faite, la coaptation de ses lèvres sera encore favorisée par l'antéversion normale de l'utérus. Il fait ensuite deux rangées de sutures superposées (qu'il n'a d'ailleurs pas appliquées exactement comme il propose de les faire) ; la première suture profonde musculo-musculaire, à points séparés, traverse toute l'épaisseur des parois, sauf la séreuse, puis au-dessus d'elle la séreuse est disséquée sur un centimètre et réunie séparément après adossement des faces péritonéales. La suture musculaire a pour but de prévenir les tiraillements que la contraction du muscle utérin ne manquerait pas d'exercer sur la suture péritonéale. On voit que la suture de Kehrer ne diffère qu'en ce point de la suture proposée par van Aubel.

Sänger critique la méthode de Kehrer et ne manque pas de faire remarquer que l'hémostase provisoire est difficile ou impossible à appliquer ; que l'incision transversale est souvent insuffisante pour laisser passer la tête, puisqu'elle est limitée par la rencontre des ligaments larges ; que l'incision intéresse à droite et à gauche de gros sinus vasculaires dont l'hémorrhagie est d'autant plus redoutable qu'il y a une faible quantité de fibres musculaires à ce niveau ; qu'il est mauvais de faire pénétrer les fils de la suture dans la cavité utérine ; et qu'enfin le décollement si facile du péritoine suturé isolément est un inconvénient, parce qu'il peut s'accumuler au-dessous de lui du sang et du pus.

---

(1) Sänger. *Zur Rehabilitirung des classischen Kaiserschnittes.* (*Arch. f. Gynäk.*, 1882, Bd XIX, H. 3.)

Malgré cela, sur sept opérations faites par cette méthode, il y a eu jusqu'ici quatre succès.

Méthode de Sänger. — Sänger se propose d'obtenir une réunion par première intention de la plaie utérine, de fermer complètement cette plaie et d'éviter par là même l'écoulement de liquides par la plaie (sang, pus), le passage des lochies dans le ventre, la communication entre les cavités abdominale et utérine.

Pour obtenir l'occlusion parfaite de la plaie, il faut que les deux bords de celle-ci s'appliquent exactement et facilement ; pour que cette plaie se cicatrise aussi vite que possible, il faut que les séreuses soient adossées en surface ; pour éviter les inconvénients résultant des contractions utérines, il faut obtenir un mode de suture qui, au niveau de la plaie, annule l'effet de la contraction musculaire.

Voilà quels sont les problèmes que Sänger s'est particulièrement efforcé de résoudre. Je ne parlerai pas des autres points, tels que l'incision verticale de l'utérus au tiers moyen de sa hauteur, l'hémostase primitive, l'antisepsie, etc., ils ne lui appartiennent pas en propre ; il les a simplement employés ; et on peut le dire, c'est grâce au concours de toutes ces acquisitions antérieures de la chirurgie abdominale que son procédé doit d'être applicable et d'avoir donné les résultats surprenants que nous enregistrons plus loin.

Le traitement de la plaie utérine comprend deux phases principales :

1° La préparation de la plaie ;

2° L'application des sutures.

Préparation de la plaie. — Quand la plaie est suffisament souple pour pouvoir être facilement fermée par la simple pression des deux mains, on peut se passer de la préparer ; la préparation sera également inutile si, quoique l'utérus soit bien rétracté, les lèvres de la plaie utérine s'accolent aisément,

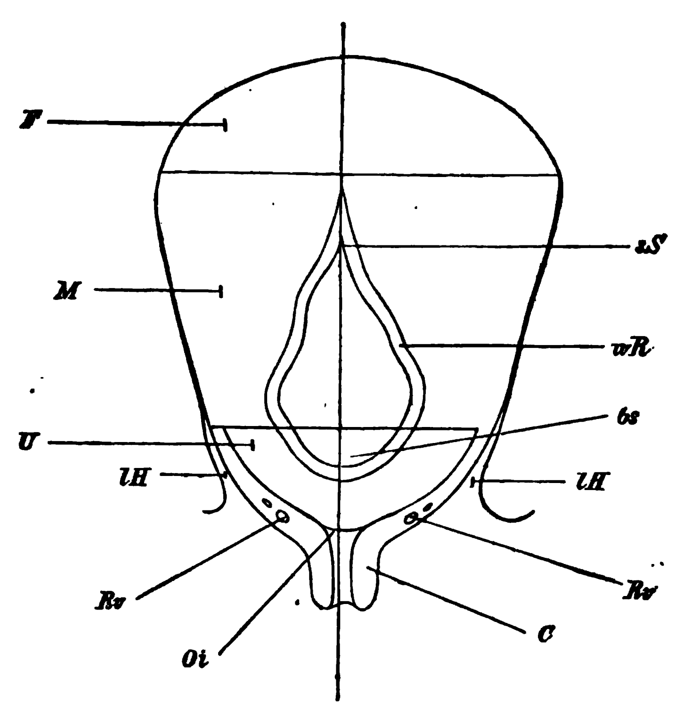


FIGURE 1.

F. Fond } du corps de l'utérus.
M. Segment moyen
U. Segment inférieur
lH. Limites lâches du péritoine.
Oi. Orifice interne.
C. Col.
Rv. Sinus veineux.
sS. Angle supérieur aigu de la plaie.
bs. Angle inférieur curviligne de la plaie.
wR. Bords ondulés de la plaie utérine.

Cette figure, qui représente la plaie utérine d'une opération césarienne, montre quel est le degré d'écartement des lèvres de la plaie quand l'incision a intéressé le segment inférieur de l'utérus (1).

(1) Je dois les clichés de cette figure et des suivantes à l'obligeance de M. Hirschwald, éditeur des *Archiv für Gynäkologie*, qui a bien voulu me les envoyer, sur la demande de M. Sänger.

séreuse contre séreuse, musculaire contre musculaire, muqueuse avec muqueuse.

Mais si, comme cela se rencontre ordinairement, les deux lèvres bâillent en dehors, comme taillées aux dépens de leur face externe et ne peuvent être rapprochées qu'au niveau des parties profondes, il est bon de préparer la plaie au préalable.

La préparation comprend deux temps :

1° La dissection du péritoine;

2° La résection de la musculaire.

1° *Dissection du péritoine.* — Elle est plus importante que la résection musculaire. Le péritoine est disséqué à 1 milli-

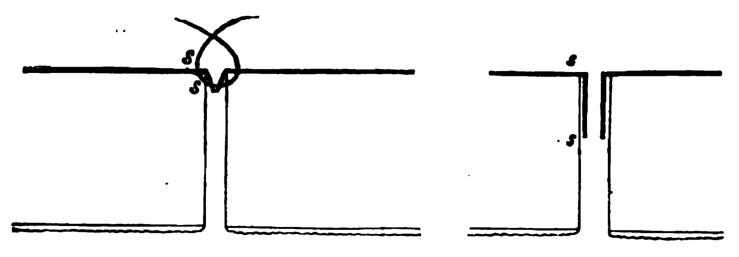


FIGURE 2.

ss. Séreuse repliée en dedans.

La séreuse ne doit jamais être disséquée sur une largeur aussi grande que dans la figure de droite.

mètre environ au-dessous de sa surface épithéliale avec le moins possible de fibres musculaires. La dissection commence à l'angle supérieur de la plaie, et se poursuit jusqu'en bas, d'abord à droite puis à gauche. Elle ne doit pas dépasser en largeur 3 à 5 millimètres; jamais il ne faut qu'elle atteigne 1 centimètre ou 1 1/2 centimètre.

Pour faire cette dissection, on saisit la séreuse avec la pince à griffes et on incise au-dessous d'elle avec le bistouri tenu horizontalement.

2° *Résection de la musculaire.* — Lorsque la dissection de la séreuse a été faite, il est de règle que le muscle au-dessous

d'elle se rétracte, de sorte que la séreuse devient libre. Si alors on voit que la rétraction du muscle est suffisante, on peut se passer de résection. C'est un premier avantage que l'on obtient en commençant par disséquer la séreuse; en outre, une fois la dissection effectuée, il est plus facile de réséquer des bandes semblables de musculaire de chaque côté; ces points ont été plus particulièrement mis en lumière par Léopold (1).

La résection doit être faite assez largement quand les bords du muscle dépassent beaucoup la séreuse. On doit enlever une

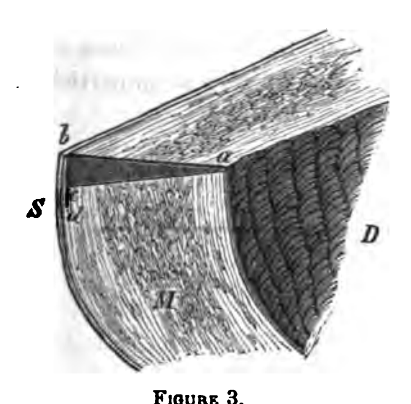


FIGURE 3.

Portion de la plaie utérine.

D. Muqueuse.
S. Séreuse.
M. Musculaire.
bd. Séreuse disséquée sur une profondeur de 4 millim.
abc. Tranche musculaire réséquée de 1 à 2 millim. d'épaisseur.

FIGURE 4.

Tranche réséquée de la musculaire.

(Grandeur naturelle.)

D. Muqueuse,
S. Séreuse.

tranche prismatique triangulaire à base dirigée du côté de la séreuse, à bord tranchant regardant la muqueuse. Jamais il n'est utile de dépasser en épaisseur 2 à 3 millimètres. La résection commence à l'angle supérieur de la plaie et la tranche

(1) Léopold. *Zwei weitere glückliche Kaiserschnitte.* (*Arch. f. Gynäk.*, 1884, XXIV, p. 435.)

enlevée doit augmenter d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche du milieu de l'incision; c'est l'excision en tranche de melon. Le muscle est saisi avec la pince à griffes au-dessus de la caduque, on exerce sur lui de légères tractions et on l'incise de dedans en dehors jusqu'au péritoine.

Il n'est pas toujours utile de réséquer à droite et à gauche, on peut laisser intact le côté où la couche musculaire ne fait pas hernie. Enfin, quand la hernie n'existe qu'en quelques points, on se contentera d'exciser en ces points seulement, sans enlever une tranche musculaire dans toute la hauteur de la plaie. Sänger et son assistant Donat, dans leurs deux derniers cas (1), n'ont eu recours qu'aux résections partielles.

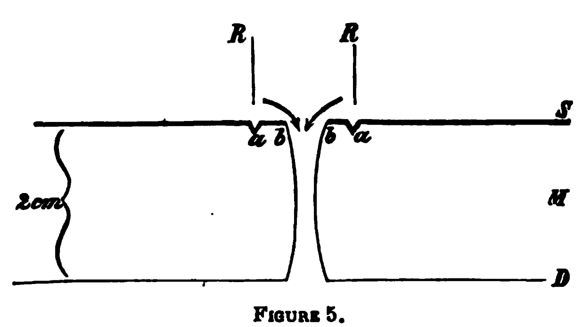


FIGURE 5.

R. Incision de la séreuse.
ab. Lambeau de 3 millim. destiné à être renversé.

On a objecté (2) qu'il n'était peut-être pas indifférent, d'enlever ainsi des morceaux du musculaire et qu'à la longue, par la répétition des opérations césariennes, la paroi antérieure de l'utérus diminuerait notablement d'étendue. Sänger fait remarquer qu'une tranche de 1 à 2 millimètres de chaque côté, ce qui au maximum fait en tout 4 à 6 millimètres sur l'utérus encore hypertrophié de la grossesse, représente sur le même utérus après son involution une quantité tout à fait négligeable.

---

(1) Credé. *Arch. f. Gynäk.*, 1886, Bd XXVIII, H. 1.
(2) Léopold. *Arch. f. Gynäk.*, Bd XXIV, S. 436.

On ne peut manquer de remarquer que l'ablation d'une tranche musculaire à base externe ne fera qu'accuser encore davantage le bâillement de la plaie utérine. Cela est vrai. Mais d'une part la séreuse devient libre et est alors facilement repliée en dedans, d'autre part, au niveau de la muqueuse, l'épaisseur des tissus va en diminuant de plus en plus, de sorte que leur adossement sera facilité par le renversement d'une petite bande musculaire du côté de la cavité utérine.

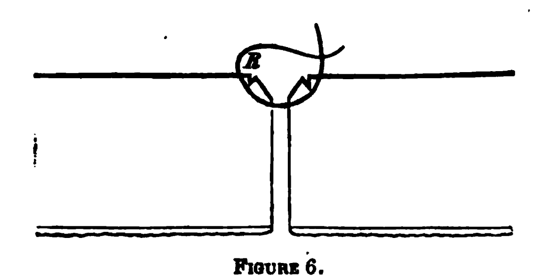


FIGURE 6.

Suture séro-séreuse superficielle simple.

La résection de la substance musculaire tout d'abord et en second lieu la dissection de la séreuse ont été rejetées par quelques auteurs et en particulier par Léopold, qui s'est abstenu de l'une et de l'autre depuis sa cinquième opération. Il considère la préparation de la plaie comme inutile. Pour lui, l'affrontement des lèvres de la plaie est possible dans tous les cas, malgré la saillie plus ou moins grande du muscle. En outre, la séreuse peut facilement être mobilisée sur les parties profondes et comme elle est très élastique, elle se laisse suffisamment distendre pour se replier en dedans, quand on utilise la suture de Lembert.

Sänger (1) a fait des recherches cadavériques à ce sujet et considère la chose comme possible. D'ailleurs il n'a jamais regardé la préparation de la plaie comme indispensable.

(1) *Neue Beitrage zur Kaiserschnittfrage.* (*Arch. f. Gynäk.*, 1885, Bd XXVI, S. 210.)

Dans d'autres expériences faites sur des utérus de femmes mortes quelques heures après l'accouchement, il a essayé un mode de préparation de la plaie sans résection ni dissection qu'il recommande pour sa simplicité. A 3 ou 4 millimètres des bords de la plaie et sur toute sa longueur, il incise la séreuse en n'intéressant que légèrement la musculaire sous-

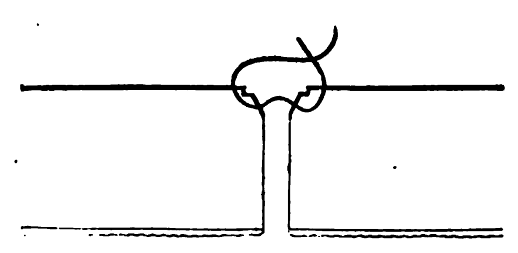


FIGURE 7.
Suture séro-séreuse superficielle d'après Lembert.

jacente ; puis, tirant sur le lambeau, il constate qu'il se laisse facilement replier et renverser en dedans. Il fait alors la suture superficielle, comme l'indiquent les figures suivantes, soit en passant au-dessous de la séreuse isolée, soit, ce qui vaut

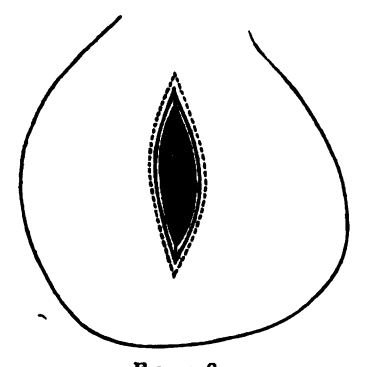


FIGURE 8.
La ligne ponctuée indique la direction de l'incision du péritoine.

mieux, en la traversant comme le représente la figure 7. Il donne à cette suture le nom de *suture avec rabattement* (Umbiegungsnaht).

En résumé, on peut procéder aux sutures soit :

a. Sans préparation de la plaie ;

b. Après l'avoir préparée ;

et alors on peut choisir entre les trois méthodes suivantes :

1° Dissection simple de la séreuse ;

2° Dissection de la séreuse et résection de la musculaire ;

3° Incision péritonéale parallèle au bord de la plaie ;

Sutures utérines. — Elles sont profondes ou superficielles. Les *sutures profondes* sont faites au fil d'argent, fort, souple, d'argent fin, passé à la flamme.

Elles doivent répondre aux deux indications fondamentales :

1° Être aussi rapprochées que possible ;

2° Ne pas intéresser la muqueuse.

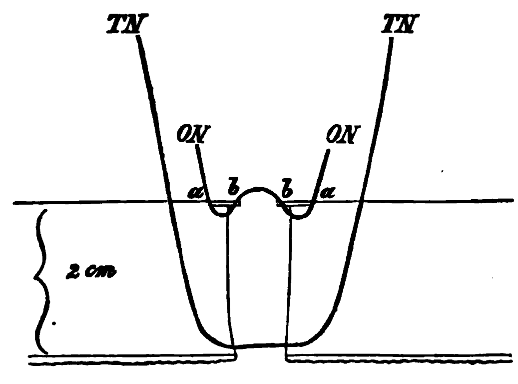


FIGURE 9.

TN. Fil profond.
ON. Fil superficiel.
ab. Séreuse disséquée.

L'aiguille portant le fil d'argent, fixée sur un porte-aiguille, pénètre dans l'utérus à un centimètre des bords de la plaie, s'enfonce obliquement dans le tissu utérin et vient sortir un peu au-dessus de la muqueuse qui ne doit pas être intéressée. C'est là un point de la plus haute importance et qui permet aux trajets creusés par les fils d'être isolés de la cavité utérine

et par suite des lochies qu'elle sécrète. L'aiguille traverse ensuite la lèvre opposée de la plaie utérine dans une direction exactement symétrique. On applique 6, 8, 10 sutures, éloignées de 1 cent. ou 1 1/2 cent. Les fils ne sont serrés que quand ils ont tous été appliqués. Il suffit de tordre trois fois et de couper ras le fil d'argent, qu'on recourbe sur lui-même en forme de boucle du côté de l'utérus à l'aide d'une pince pour éviter qu'il ne blesse les organes voisins.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 8 *avril* 1886.

M. Bailly lit un mémoire dans lequel il s'est proposé de répondre par des faits cliniques aux objections théoriques faites par M. Rey au forceps de M. Tarnier. Après un long usage du nouvel instrument, M. Bailly a acquis la conviction qu'il est de beaucoup supérieur au forceps classique et que cette supériorité se révèle surtout lorsque la tête est au détroit supérieur.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

1° *Le forceps de Tarnier, seul, permet de tirer dans une direction convenable sur une tête d'enfant arrêtée au détroit supérieur du bassin;* 2° *d'une manière générale et dans toute application de forceps, quelle qu'elle soit, l'instrument de Tarnier nous ôte toute incertitude et tout embarras relativement à la direction qu'il convient de donner à nos efforts, incertitude et embarras qui subsistent forcément avec l'ancien forceps.*

Porak. Je répondrai à M. Bailly par les résultats de la clinique. Depuis quatre ans, en ville et à l'hôpital, j'ai employé alternativement le forceps de Tarnier à double courbure, le forceps de Tarnier à une seule courbure, le forceps de Poullet et le forceps classique. Et je suis arrivé à la conclusion que les forceps à traction dans l'axe ré-

pondent seulement à des indications spéciales; qu'au contraire, le forceps classique répond à des indications générales.

Il convient, pour faire une démonstration valable, d'étudier successivement le mode d'action de ces instruments, au-dessus du détroit supérieur, au détroit supérieur, dans l'excavation et au détroit inférieur.

1° *Au-dessus du détroit supérieur.* — Comment se servirait-on utilement des forceps à tractions dans l'axe? Au-dessus du détroit supérieur, il n'y a pas d'axe du bassin puisque le bassin n'existe pas. L'aiguille du forceps ne peut indiquer un axe qui n'existe pas, elle est folle. On a plus d'avantages, dans ces conditions, à se servir du forceps de Levret, parce que cet instrument ne supprime pas, comme les forceps à traction dans l'axe, les sensations que ressent l'opérateur en tirant sur les manches et qui lui indiquent, après quelques tâtonnements, le sens dans lequel on éprouve le moins de résistance et dans lequel il faut exercer les tractions.

Ces sensations indiquent également à l'opérateur si les cuillers glissent sur la tête fœtale, ce qui met en garde contre les dérapements et les conséquences graves qu'ils peuvent avoir pour la parturiente. Elles lui permettent de régler la compression sur la tête fœtale d'après les résistances qu'il faut surmonter. Avec le forceps de Tarnier, cette notion si importante disparaît et il est incontestable que l'instrument dérape plus souvent.

2° *Au détroit supérieur.* — Chassagny a montré que si l'on veut faire passer, à frottements durs, une sphère à travers un anneau, le moyen d'y parvenir, en employant un minimum de force, consiste à appliquer le lien de traction au centre même de la sphère. Il en a conclu qu'il y avait avantage à rapprocher le plus possible le point d'application de la force de traction du centre de figure de la tête fœtale. Or, il est facile de constater que cette condition essentielle est beaucoup mieux réalisée dans le forceps de Poullet que dans le forceps de Tarnier. A ce point de vue, le forceps de Poullet est donc supérieur; en outre, il a encore l'avantage de pouvoir être manié comme le forceps classique, puisqu'il n'en diffère que par l'addition des liens de traction.

3° *Que se passe-t-il au détroit inférieur?* — Mais au détroit inférieur, il n'y a plus d'axe du bassin. La tête est sortie ou à peu près sortie de l'excavation; elle doit, avant de se défléchir, se creuser un passage aux dépens des parties molles. Il ne peut donc être ques-

tion de l'emploi des forceps à traction suivant l'axe. Le meilleur forceps, en pareilles conditions, serait le forceps à branches droites. Cependant, le forceps de Levret, ou celui de Poullet transformé en Levret par la suppression des liens de traction, réussissent encore fort bien. Au contraire, le forceps de Tarnier, par la brièveté des manches, par la présence de la vis de pression qui gêne la main de l'opérateur, convient moins.

C'est lorsque le centre de figure de la tête fœtale est au niveau du détroit supérieur, lorsque la partie convexe plonge déjà dans l'excavation ou lorsque la tête y est entièrement engagée, que l'emploi des forceps à tractions dans l'axe est indiqué. Il est incontestable pour moi que l'accoucheur doit déployer beaucoup moins de force avec ces instruments qu'avec le forceps classique, et que, par suite, on risque moins de léser les parties maternelles.

En résumé, le plus grand reproche que je fais au forceps de Tarnier, c'est qu'il dérape beaucoup plus facilement que le forceps de Poullet et, d'une manière générale, je crois que les forceps à tractions dans l'axe dérapent plus facilement que le forceps de Levret. Mais le forceps de Poullet a l'avantage de pouvoir être immédiatement transformé en un forceps classique. Il présente donc toutes les indications du forceps Levret au détroit supérieur et au détroit inférieur, indications auxquelles répondent mal les deux modèles du forceps Tarnier, que j'ai expérimentés. Il possède, en outre, quand la tête plonge ou est dans l'excavation, les avantages spéciaux des forceps à tractions suivant l'axe; l'instrument mérite donc d'être particulièrement conseillé.

M. Pajot. Je ferai une seule objection à M. Porak : il a dit que l'accoucheur doit déployer moins de force avec le forceps à traction. Or, je crois qu'on ne peut comparer la puissance dont dispose l'accoucheur avec le forceps Levret, avec celle que lui donnent les nouveaux instruments. Avec le forceps de Levret, la force que l'accoucheur peut déployer est tellement considérable qu'il doit toujours craindre d'en déployer trop. Exemple : « Si l'on veut arracher un clou planté fortement dans la muraille, on a beau le saisir vigoureusement avec des pinces, on épuise toutes ses forces dans les tractions directes sans résultat; si alors on interpose un corps résistant au-dessous de la pince, et si on transforme la traction directe en levier dont le point d'appui est le corps résistant, avec beaucoup moins de force on arrive à arracher le clou. »

Charpentier. M. Bailly s'étonne que j'aie pu dire : « j'accepte à la rigueur le forceps de Tarnier au détroit inférieur ou dans l'excavation, mais je le refuse au détroit supérieur ». Aujourd'hui j'irai plus loin et je lui dirai : « je rejette le forceps de Tarnier aussi bien dans l'excavation et au détroit inférieur qu'au détroit supérieur. Au-dessus du détroit supérieur, comme l'a très bien dit M. Porak, l'aiguille est folle. Quand la tête est en partie engagée, la prétendue aiguille donne très souvent des indications fausses. A mesure que la tête s'engage, il faut resserrer la vis, et alors, quoi qu'en dise M. Bailly, les cuillers laissent sur la tête de l'enfant des traces évidentes et quelquefois profondes de la compression. Si la tête résiste, si l'engagement ne se fait que bien difficilement, si la vis est moins serrée, il arrive souvent que l'aiguille donne des indications fausses, en ce sens que les cuillers du forceps se bornent à tourner autour de la tête jusqu'à ce que l'on sente l'instrument prêt à déraper.

Le même fait se reproduit souvent dans le haut de l'excavation.

Dans le bas de l'excavation et au détroit inférieur, oui, à la rigueur, on peut employer le forceps de Tarnier, mais il ne présente, dans ce cas, aucun avantage sur le forceps classique. Avec le forceps à aiguille, on agit, quoi qu'on dise, en aveugle. On ne sent plus entre les cuillers la tête du fœtus. Si l'instrument ne dérape pas, tout est bien. Mais s'il doit déraper, on n'en est pas averti et l'on s'expose à blesser les patientes.

Les objections ne sont pas basées seulement sur des idées théoriques. C'est le résultat de mes observations cliniques, tant en ville qu'à l'hôpital.

Doléris. M. Porak a dit qu'avec le forceps Tarnier on tirait non pas dans l'axe, mais à peu près dans l'axe. Pourquoi à peu près dans l'axe? Cela pouvait être dit, à la rigueur, de l'ancien modèle, qui possédait une courbure périnéale pour les branches de préhension. Mais, dans le dernier modèle, la courbure périnéale n'existe plus. Dans ces conditions, quand la tête est élevée, les branches de préhension et les branches de traction sont étroitement appliquées contre la fourchette. Pour tirer dans l'axe, il faudrait déchirer le périnée.

Je me suis, du reste, parfaitement convaincu, par de nombreuses expériences sur le mannequin, qu'en semblables conditions, le résultat a été le même qu'on tirât sur les branches de traction ou sur les branches de préhension.

Rey. Je remercie M. Bailly des critiques qu'il a bien voulu m'adres-

ser. Je ne répondrai aujourd'hui que quelques mots au sujet de l'aiguille indicatrice,

M. Bailly se demande : « A quoi servirait l'aiguille indicatrice si elle n'avertissait pas de la bonne ou de la mauvaise direction des efforts de traction ».

Mais évidemment elle ne servirait absolument à rien et c'est ce que l'on a essayé de démontrer. Pour que la branche de préhension du forceps Tarnier pût servir d'aiguille indicatrice, que faudrait-il, en effet :

1° Il faudrait que la branche de préhension fît corps exactement avec la tête fœtale, fût soudée à cette tête, de telle sorte que la tête fœtale et la branche de préhension ne faisant qu'un seul et même corps solide et rigide, tout mouvement de l'une des extrémités fût nécessairement communiqué à l'autre; cela est absolument inexact.

2° En admettant cette condition remplie, il faudrait que les mouvements exécutés par la tête fœtale dans sa descente dans la filière pelvienne s'exécutassent suivant une règle fixe et invariable et dans des conditions telles que le point d'attache de la branche de traction avec la branche de préhension restât constamment sur la tangente à la courbe décrite par le centre céphalique au point occupé sur cette courbe par le centre céphalique. Or, cette condition n'est jamais réalisée, n'est pas réalisable.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN.

Séance du 8 janvier 1886.

Présentations. — Bokelmann. **Un utérus atteint de myômes multiples** enlevé par Schröder après laparotomie. La tumeur la plus considérable, grosse comme deux fois la tête d'un enfant, est reliée à l'utérus par un pédicule long de 5 centimètres, ayant l'épaisseur d'un crayon et plusieurs fois tordue sur son axe. Sur la partie antérieure et supérieure de la tumeur, sont des restes d'adhérences qu'il fallut lier et sectionner. L'utérus, considérablement augmenté de volume, présente, dans sa paroi postérieure, un myôme, gros comme un petit poing, qui remplissait l'espace vésico-utérin. Un peu plus bas, existe une autre tumeur ayant deux fois le volume d'un œuf et qu'il avait fallu énucléer de l'espace de Douglas. Enfin, on en voit une autre, si-

tuée à droite, qui s'insère à la matrice par un pédicule mince, long à peu près de 2 centimètres, immédiatement en arrière de l'extrémité utérine de la trompe de Fallope, du côté droit. Annexes de la matrice libres d'adhérences et normaux.

COOHN. Un **placenta**, qui provient d'une femme secondipare, laquelle prétendait être accouchée quatre semaines avant terme (l'enfant mesurait 45 centimètres et pesait 2000 grammes). La sérotine est très épaissie, et, au niveau de la ligne d'insertion de l'œuf, sont d'énormes masses d'origine inflammatoire. En outre, sur la face fœtale existe une couche jaune avec laquelle le cordon ombilical affecte des rapports singuliers. La tige funiculaire s'insère près du centre, puis s'enfonce dans l'épaisseur du délivre, sans que les ramifications des vaisseaux soient apparentes. Du point d'insertion, des veines, gorgées de sang, étroitement adhérentes à la surface, cheminent à côté d'artères absolument vides et gagnent le bord du délivre. A ce niveau, elles s'infléchissent, ne contiennent plus de sang, et poursuivent leur course. La caduque vraie et réfléchie sont toutes les deux très épaissies.

Vraisemblablement, l'interruption prématurée de la grossesse a dû être causée par l'endométrite intense qui a déterminé les lésions au niveau de la caduque, et les anomalies du cordon ombilical.

Discussion sur le travail de Martin relatif au **traitement chirurgical du prolapsus.**

HOFMEIER. Les procédés d'Hégar et de Simon donnent, au niveau du périnée, des résultats plastiques très favorables ; mais ils sont moins efficaces quant au rétrécissement de la portion supérieure du vagin; à ce point de vue, la méthode de Martin fournit des résultats plus complets. Hofmeier a vu récemment un cas opéré par Martin trois ans auparavant, qui présentait dans ce sens, une supériorité très marquée. Pour ce qui est du pronostic, il croit qu'il importe de distinguer entre les prolapsus qui sont dus à l'*insuffisance des ligaments* et ceux qui dépendent de l'*insuffisance de l'appareil d'occlusion du vagin*. Pour ceux-ci, le pronostic est plus favorable ; pour les autres, il faut, le plus souvent, après restauration préalable du périnée, se contenter de placer un pessaire.

VEIT. Il a également vu une femme opérée antérieurement par Martin, pour un prolapsus de la matrice. Le résultat opératoire est resté très bon. En ce qui concerne les poussées fébriles qui compli-

quent parfois les suites de l'opération, il pense qu'il est utile de procéder à l'enlèvement des sutures; bien qu'il ne méconnaisse pas la grande difficulté qui résulte de la diversité de leur origine. Ainsi, dans un cas où, en raison de l'élévation de la température, il se disposait à ouvrir la plaie, il s'aperçut que cette élévation était due à la fluxion menstruelle.

STRATZ. Depuis le 11 avril jusqu'au 1er octobre 1885, il a pu suivre les suites opératoires de 40 kolporrhaphies pratiquées par Schröder, Hofmeier et par lui-même, d'après la méthode usitée à la clinique.

Dans 33 cas, il n'y eut pas d'accidents fébriles. Dans 7, la température s'éleva à 38°,7, deux fois même à 39°,5. Hémorrhagies secondaires deux fois ; les deux fois au huitième jour, alors qu'il existait déjà des accidents fébriles, ce qui l'incline à penser qu'elles surviennent dans des suites opératoires qui ne sont pas tout à fait normales.

Résultats consécutifs très favorables ; dans un seul cas, il se produisit une petite fistule.

Sur les 21 cas qui lui appartiennent, vingt fois le résultat fut complet; une seule fois incomplet. Ces chiffres lui paraissent militer fortement en faveur de la méthode employée.

Néanmoins, on ne peut encore rien dire quant au résultat définitif.

La discussion du travail de Winter est ajournée.

Hofmeier reprend la question de la **cure radicale du carcinome du col par le traitement chirurgical.** Elle ne peut être résolue que par une détermination exacte et une appréciation judicieuse des résultats obtenus. Aussi s'est-il livré à de nouvelles et laborieuses recherches. Puis, il a dressé des statistiques qui diffèrent des statistiques habituelles par ce fait qu'il met en parallèle les guérisons observées pendant un temps donné et les opérations faites pendant ce même temps. Il a évidemment écarté les observations des femmes mortes des suites de l'opération et de celles au sujet desquelles il a été impossible d'obtenir des renseignements suffisants.

Opérations faites durant un an.

Extirpation partielle.	88	Récidives.	43	Guérisons.	45	= 51 0/0
— totale...	29	—	15	—	14	= 48 0/0
Nombre.......	117		58		59	51 0/0

Opérations faites durant deux ans.

Extirpation partielle.	68	Récidives.	37	Guérisons.	31	= 46 0/0
— totale...	25	—	19	—	6	= 24 0/0
Nombre.......	93		56		37	40,2 %

Opérations faites durant trois ans.

Extirpation partielle.	49	Récidives.	26	Guérisons.	23	= 47 0/0
— totale...	14	—	12	—	2	= 14,5 %
Nombre.......	63		38		25	= 40 0/0

Opérations faites durant quatre ans.

Extirpation partielle. 29 Récidives. 18 Guérisons. 11 = 38 0/0

Opérations faites durant cinq ans.

Extirpation totale... 17 Récidives. 11 Guérisons. 6 = 35 0/0

Le chiffre des guérisons tombe, de la première à la troisième année, de 51 0/0 à 40 0/0. Cette différence provient surtout des résultats fournis par l'extirpation totale. Avec cette méthode, en effet, le chiffre des guérisons tombe, dans le même laps de temps, de 48 0/0 à 14 0/0. Pour les opérations pratiquées quatre ou cinq années auparavant, le nombre des guérisons tombe à 38 et à 35 0/0. Non parce que les récidives tardives sont plus nombreuses, mais parce que les indications de l'opération se sont étendues. Il ressort des résultats très défavorables fournis par l'extirpation totale, que les formes de cancers contre lesquelles on a recours à cette méthode, offrent par elles-mêmes des chances moindres de succès; sans doute parce qu'elles ne sont reconnues que tardivement. Cependant si on compare les résultats du traitement chirurgical du carcinome du col avec ceux fournis par le même traitement pour les cancers des autres régions, on voit qu'ils se rangent parmi les meilleurs.

Comme le chiffre des guérisons dans les cas de carcinome du col (amputation supra-vaginale) est toujours resté à peu près à 45 0/0, on peut en conclure que la moitié des cas auxquels convient l'amputation partielle peuvent être définitivement guéris par cette méthode d'intervention.

Les récidives, après un an, lorsqu'il s'agit de cancroïdes du col, sont très rares, et alors se font toujours dans le tissu cellulaire pelvien.

Nous avons cependant observé cinq récidives éloignées (trois et quatre ans après l'opération). Sur 45 cas, il n'y eut que quatre récidives locales après un an; encore, avant la fin de cette année, l'état des tissus était-il douteux et existait-il de l'infiltration du tissu cellulaire.

Quand, un an après l'opération, l'état local des tissus est normal, on peut, pour ainsi dire, affirmer qu'il n'y aura pas de récidive. Deux fois seulement, la récidive intéressa si profondément l'utérus que l'extirpation totale parut indiquée. Malheureusement, l'une des malades succomba; dans l'autre cas, l'opération fut faite un peu avant quatre mois après la première opération.

Discussion : MM. Schroeder et Martin.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 7 avril 1886.

Matthews Duncan communique un travail ayant pour titre : **De la contraction, de l'inhibition et de l'expansion de l'utérus.** — Les contractions sont temporaires, elles sont suivies du relâchement, puis du retour de l'utérus à sa forme primitive. Elles peuvent être troublées dans leur forme, leur durée, leur rhythme, leur étendue. On admet qu'elles peuvent se produire dans l'enfance, durant toute la période de la vie génitale et surtout au moment des règles. Essentiellement pathologiques dans la dysménorrhée spasmodique, elles prennent parfois un caractère tétanique. Les contractions physiologiques de la grossesse peuvent devenir pathologiques et douloureuses. Viennent ensuite les contractions de l'avortement, des fausses couches, du travail à terme, de l'état puerpéral. La question du début du travail est ici discutée. Ce début n'est pas celui de la contraction; il correspond, en réalité, à des phénomènes d'inhibition et de rétraction. La partie la moins résistante de l'utérus n'est pas l'orifice interne, mais bien le fond de l'organe. Pour que le travail s'accomplisse, l'inhibition de l'activité motrice des fibres circulaires du col est absolument nécessaire. Or, ce phénomène, d'ordre essentiellement dynamique, peut être pathologiquement modifié.

Champneys. — Que la dilatation du col soit spontanée, cela lui paraît très vraisemblable pour les raisons suivantes : dans des accouchements où, par suite d'un rétrécissement du bassin, la tête reste au-

dessus du détroit supérieur, et où les membranes ont la forme d'un doigt de gant, il arrive souvent qu'en introduisant la main pour faire la version, on trouve le col flasque et relâché. Dans d'autres cas, au contraire, l'orifice externe ne se dilate pas et reste fermé et rigide, quelle que soit l'énergie des contractions.

B. Hicks. — Il importe de ne pas oublier que dans les six dernières semaines de la grossesse, l'orifice externe de la cavité cervicale est souvent assez relâché pour admettre aisément un et même deux doigts. Procédant à la provocation de l'accouchement prématuré, il a déjà plusieurs fois trouvé le col assez relâché pour pouvoir introduire du premier coup le sac de Barnes le plus volumineux.

Horrocks. — Les physiologistes ont formulé la loi suivante : *Quand un muscle se contracte, le muscle antagoniste se relâche.* Cette loi s'applique à tous les muscles, volontaires ou involontaires. Or, le sphincter de l'orifice d'un organe creux est l'antagoniste des muscles des parois. Il est, par conséquent, naturel que le col utérin se dilate quand le corps de l'organe se contracte. Ce sont là des phénomènes appartenant au processus dit d'inhibition, régi sans doute lui-même par un centre nerveux spécial ou par des plexus du domaine sympathique. Si les fibres longitudinales parviennent à opérer la dilatation du col, c'est qu'elles agissent au moment où leurs antagonistes, les fibres circulaires, sont relâchées. Quant aux divers agents auxquels on s'est adressé pour agir sur l'inhibition et la contraction, il a reconnu que l'électricité était impuissante ; mais que le chloroforme, le chloral et l'opium possédaient quelque efficacité.

MM. Hermann, Boxall, Griffith, Galabin, G. Hewitt, Roper et Cleveland font quelques remarques.

P.-G. Coates relate une observation de **rétrécissement mitral compliquant le travail.** — Femme âgée de 22 ans ; attaques de rhumatisme. Le travail commence le 23 octobre 1885. Le 24, la patiente se trouve mal plusieurs fois. A l'auscultation, on perçoit un murmure présystolique au niveau de la pointe. Le soir, l'orifice externe est complètement dilaté et la femme semble épuisée. Terminaison de l'accouchement par le forceps. Dans les deux heures qui suivent, le pouls tombe de 180 à 108 ; le lendemain matin, il est à 72. Le murmure présystolique n'existe plus le dixième jour. Le 13 novembre, elle a un frisson et est prise de violentes douleurs localisées dans le sein gauche et dans l'une des articulations du coude. Traitée pour un rhuma-

tisme aigu, elle se rétablit parfaitement. Le murmure présystolique n'existe plus.

Remarques par : Hermann, Champneys et Macdonald.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG.

Séance du 9 décembre 1885.

Discussion sur la question des **rapports qui existent entre les micro-organismes et la fièvre puerpérale.**

Professeur Simpson. — Il désire connaître l'opinion du Dr Hare sur les points suivants : faut-il attribuer la septicémie à la pénétration, par une voie quelconque, dans les parties génitales de l'accouchée, d'un germe *spécifique ?* Ou bien, peut-il arriver que d'autres virus, celui de la diphthérie, de l'érysipèle, etc., introduits dans les mêmes régions, provoquent de semblables accidents ? Gusserow a sans doute mis en évidence que des femmes exposées à de pareils contages peuvent présenter des phénomènes morbides absolument différents de la septicémie ; mais lorsque les contages se font dans les voies génitales, donnent-ils lieu à ces mêmes phénomènes morbides ou bien à cet ensemble mieux défini de symptômes que l'on englobe sous le nom de septicémie ? Il importe, en outre, de savoir si la contamination se fait exclusivement par les doigts, les instruments, les pièces de pansement, etc., ou si, dans certains cas, elle n'est pas due à l'action des germes atmosphériques. Dans cette seconde hypothèse, il y aurait danger aussi souvent que la plaie génitale serait exposée ; de plus, les germes atmosphériques, accidentellement introduits dans l'organisme par les poumons ou par les voies digestives, exerceraient leur action nocive dès qu'ils parviendraient soit sur la surface utérine, soit dans des tissus dont la vitalité est compromise. En tout cas, il convient de procéder de très bonne heure aux lavages de l'utérus toutes les fois qu'il existe des signes de septicémie. Comme le Dr Barbour, le professeur Simpson tient le sublimé pour la première substance antiseptique ; néanmoins, l'expérience lui a démontré que son emploi n'est pas exempt de tout risque.

Dr A. Macdonald. — Il a fait de nombreuses recherches dans le but d'établir quels rapports existent entre les lochies et les micro-organismes. Il a apporté le plus grand soin à prévenir toute espèce de

contamination, par les germes de l'atmosphère, du liquide qu'il recueillait. Et, cependant, il a constaté que les cultures contenaient une grande quantité de micrococcus ; même lorsqu'il s'agissait du liquide puisé dans la cavité cervicale. Il croit, comme Simpson, que le virus érysipélateux peut créer, chez l'accouchée, un état identique à celui qui relève de la septicémie. Il se souvient d'une malade qui eut un érysipèle post-partum. L'exanthème apparut à la face, puis gagna les parties inférieures du corps. Or, il ne se manifesta aucun symptôme de septicémie jusqu'au moment où l'érysipèle eut gagné la vulve ; dès ce moment, la mort arriva avec une grande rapidité et avec toutes les allures d'une septicémie aiguë. L'emploi des antiseptiques permet à tout homme consciencieux d'éviter de devenir lui-même l'agent de l'infection. Quant aux lavages de l'utérus avec les solutions de sublimé, le Dr Macdonald, tout en les considérant comme fort utiles, les réserve pour les cas où il y a menace d'accidents ; dans les circonstances ordinaires, il a recours aux lavages vaginaux.

M. A. Hare. — Il existe, entre les conditions créées par une plaie chirurgicale et par l'utérus post-partum, une grande analogie, sinon une identité parfaite. C'est, dans les deux cas, une surface cruentée qui doit cicatriser. Existe-t-il, pour la septicémie puerpérale, comme pour certaines septicémies chirurgicales, un germe pathogène spécifique ? Rien ne s'élève contre une pareille hypothèse. On doit se demander pourquoi l'utérus post-partum constitue un milieu favorable au développement des produits infectieux. Or, Fischel a démontré qu'en dehors des phénomènes de régression graisseuse, il y avait, à ce niveau, production d'une quantité considérable de peptone, substance qui constitue pour les micro-organismes une matière nutritive toute préparée. En outre, le défaut de résistance des tissus favorise l'infection. Il faut encore faire entrer en ligne de compte la possibilité de la rétention de caillots et de débris de membranes. Mais il convient de grouper les accidents puerpéraux sous deux chefs : *infection septique* et *intoxication septique*. Infection septique, quand les micro-organismes ont pénétré les tissus vivants ; intoxication septique, lorsqu'il y a seulement pénétration d'éléments élaborés par les micro-organismes, ou de ptomaïnes. La première revêt plusieurs formes : paralysie toxique rapide, fièvre spécifique, pyohémie. L'intoxication septique est due à une espèce d'organismes qui vivent dans des tissus privés de vie et qui transforment les éléments anatomiques par un processus de putréfaction. Les tissus morts étant en contact avec

les tissus vivants, il y a résorption des produits de transformation, d'où l'intoxication. Ces produits sont représentés par un alcaloïde, la *sepsine* (Bergmann) et par les ptomaïnes. On conçoit que les lavages avec des solutions qui sont de nature à enrayer les phénomènes de putréfaction, constituent de puissants moyens de combattre et d'enrayer l'intoxication septique. Mais, contre l'infection septique, lorsque les micro-organismes ont déjà envahi l'organisme, on est presque désarmé ; la seule chance de salut réside dans la résistance des tissus. Il convient, à ce point de vue, de faire surtout de la prophylaxie. Il faut également rechercher quelles sont les substances douées de propriétés physiologiques antagonistes de celles de ces micro-organismes et des produits qu'ils élaborent.

Dr P. Young. — Il admet que la cause de la septicémie est un poison fabriqué dans l'organisme de la patiente ou introduit par les mains de l'accoucheur; mais il est convaincu qu'il peut se produire des symptômes de septicémie sans qu'il existe aucune solution de continuité. D'ailleurs, que le poison soit fabriqué par la femme ou qu'il vienne de l'extérieur, il n'est pas, d'après lui, constitué par un germe, mais par une substance albuminoïde. Quoi qu'il en soit, la conduite de l'accoucheur reste la même : il faut garer l'accouchée de toute infection, quelle que soit en réalité sa nature. Il faut également se préoccuper de l'état de l'intestin. On sait combien sont fétides les abcès qui s'ouvrent au voisinage de ce canal; or, il est vraisemblable que des agents de putréfaction venus de l'intestin parviennent dans ces abcès et y produisent des phénomènes de putréfaction auxquels est due cette fétidité. Il importe donc de régulariser les gardes-robes, afin d'annihiler cette nouvelle cause d'infection.

Dr L. Napier. — Après un historique assez détaillé des différents travaux relatifs aux micro-organismes et au rôle qu'ils jouent dans certaines affections, le Dr Napier dit qu'il faut soigneusement conserver la distinction importante faite par M. Hare entre l'intoxication et l'infection septiques. Celle-là résulte d'une auto-septicémie, celle-ci d'une auto ou hétéro-septicémie, et elle coïncide avec des colonies de micrococcus ou de bacilles pathogènes. Peut-il y avoir transformation de ces deux formes? Il paraît vraisemblable que l'accouchée, atteinte de septicémie endogène, constitue un excellent milieu pour le développement des agents de l'infection hétérogène. Mais, les parasites mis à part, il est encore d'autres circonstances dignes de considération : dyscrasies sanguines ; production exagérée d'acide lactique, par

suite d'un travail musculaire excessif au cours de l'accouchement; insuffisance des phosphates; enfin, production de peptones. Mais, ainsi qu'il l'a écrit en 1875, il pense que l'infection septique puerpérale, tout au moins pour une de ses modalités cliniques, existe en tant que maladie *sui generis*. Il a également fait voir qu'il y a un état spécial du système nerveux favorable à la septicémie. Quel est, en réalité, le rôle des micro-organismes? Sont-ils causes ou effets de la septicémie? Il faut confesser qu'il reste encore, à leur endroit, de nombreux points à fixer. La comparaison faite par J. Simpson, et si bien accueillie, entre le moignon d'un amputé et l'utérus post-partum n'est pas en réalité exacte. Là, il y a condition pathologique; ici, au contraire, état physiologique. En terminant, le Dr Napier envisage la question des antiseptiques, qu'il faut diviser en deux groupes : ceux employés localement, pour l'usage externe, et ceux employés pour l'usage interne, quelle que soit d'ailleurs la voie d'absorption : peau, bouche, rectum. L'expérience lui a appris que, dans les cas ordinaires, mieux valait s'abstenir des lavages de l'utérus, qui lui ont paru parfois prolonger les coliques post-partum, amener de la cellulite pelvienne, etc. Le plus souvent, le lavage des parties génitales externes suffit; mais dès qu'il existe des accidents puerpéraux, douleur, accélération du pouls, élévations thermiques, les irrigations utérines sont indispensables. Comme antiseptique pour l'usage interne, il recommande surtout le phénate de quinine, et rappelle les avantages qu'on peut retirer du salicylate de soude, de l'arsenic, de la teinture d'iode, de la térébenthine, etc. « Mais il ne peut accepter entièrement l'opinion de Barbour, que la septicémie ou l'infection septique sont guéries par les antiseptiques. Sans doute, d'une façon détournée, en diminuant la multiplication et l'activité des micrococcus pathogènes, ils permettent à la malade de résister aux premiers assauts, et ils empêchent un développement nouveau de germes pathogènes, mais ils ne détruisent pas ceux qui existent déjà dans les tissus. On constatera probablement que le sang normal est encore le plus efficace des germicides. » (*Edimb. med. Journ.*, février et mars 1886.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 2 février 1886.

Môle charnue. — Le Dr GILLETTE présente une masse charnue, arrondie, grosse comme une orange, rendue par une de ses clientes.

La malade perdait constamment du sang, G... fit le curage de l'utérus, mais ne ramena que des débris; la nuit suivante, la malade expulsa le corps présenté par G... et qu'il croit être un placenta hypertrophié. Le Dr Coe, qui l'a examiné, hésite entre un fibro-myxome, un angiome, un placenta et une môle charnue.

Un microbe puerpéral et son habitat (1). — Le Dr E. NOEGGERRATH lit un travail sur ce sujet. Quelques jours après un accouchement parfaitement normal, Mme X... eut un frisson, une température élevée et une perte fétide. Les conditions hygiéniques étaient bonnes. L'examen microscopique des pertes y fit reconnaître l'existence d'un microbe singulier, composé de deux corps allongés, séparés par une partie espacée. Les obturateurs en caoutchouc des tuyaux d'égouts étaient couverts, à leur partie inférieure, de saletés renfermant des microbes semblables. Les tuyaux ayant été fermés avant le début de l'accouchement, ces micro-organismes doivent avoir existé dans l'air dès longtemps.

Pour N..., Mme X... a eu, non une *septicémie*, mais une *saprémie*.

Ce microbe a cela de particulier, que, comme celui de la diphthérie, il ne se répand pas dans tout l'organisme, mais demeure sur le lieu infecté, son odeur est caractéristique du genre *Protèus*.

Le Dr COE et le Dr HANKS racontent des cas analogues.

Le Dr STEURER parle de la diphthérie expérimentale des lapines, observée par Radjewsky.

Séance du 16 février 1886.

Le Dr JACOBI présente des *angiomes* qu'il a enlevés à un enfant de six mois, puis il parle du **rectum chez l'enfant.**

Le sacrum étant moins creusé chez l'enfant que chez l'adulte, le rectum est plus court, plus droit; par suite, les fèces y sont moins longtemps retenues. Le côlon présente des inflexions nombreuses.

---

(1) Annoncé pour le mois de mai dans *Amer. Journ. of Obst.* — Sera résumé, s'il y a lieu, pour nos lecteurs. (A. C)

Les enfants supportent bien l'opium lorsqu'il ont la dysenterie. Les *polypes du rectum* sont moins rares qu'on ne le croit; Jacobi en voit trois ou quatre cas chaque année; la *fissure anale* n'est pas non plus très rare. Dans les cas rebelles de *chute de l'anus et du rectum*, J... recommande l'application du nitrate d'argent et du cautère actuel.

La dilatation ne sert à rien, dans le relâchement du sphincter; la cautérisation est indiquée.

Le Dr Lee a vu un grand nombre de cas de prolapsus du rectum chez les jeunes enfants. Le meilleur traitement consiste dans le repos, les lavements froids et astringents. Dans quelques cas, il retranche une partie de la muqueuse, et fait une suture. Il traite la fissure par la dilatation.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 3 décembre 1885.

Quelques causes de la prolongation du stage de dilatation du col, par le Dr Elliott Richardson. L'auteur raconte deux cas dans lesquels la tête obturait si complètement le bassin, que les eaux ne pouvaient passer entre elle et la ceinture pelvienne pour pénétrer dans la poche et faire un bon dilatateur. Des doses faibles et répétées de morphine, des inhalations d'éther et de chloroforme amenèrent la dilatation désirée. Dans le premier cas, la parturiente resta en travail quatre-vingt-dix heures; le bassin était légèrement étroit.

Une autre cause du retard de la dilatation est la **rupture prématurée de la poche.** Dans ce cas aussi, la poche, qui est le dilatateur normal, n'existant plus, le col a de la peine à s'ouvrir. Le fœtus souffre de la contraction utérine et la circulation placentaire se fait mal.

L'auteur cite des cas où les eaux s'écoulèrent 45 jours avant la naissance du fœtus (Mat. Duncan, *Lancet,* 29 juin 1872), cinq semaines auparavant (*Med. Times and Gazette,* 18 sept. 1852, John Gould); les enfants vinrent vivants. Néanmoins, il ne faut accepter les cas de ce genre qu'avec quelque défiance. L'écoulement peut venir des glandes de Cowper, d'un kyste du chorion, de la vessie même, d'un œuf développé ou non. Il a été prouvé que les membranes crevées peuvent

se fermer par le glissement des diverses couches ovulaires l'une sur l'autre.

En terminant, l'auteur raconte le cas d'une femme qui s'exposa à prendre la fièvre intermittente pendant sa grossesse; la maladie ne fit explosion qu'après l'accouchement et céda à la quinine (1).

Le Dr Parvin croit que la dilation du col est due non seulement à la pression qu'il subit de la part de la poche, mais aussi à l'action des fibres longitudinales de l'utérus qui font glisser sur la poche l'orifice ou la partie qui se présente. La fièvre intermittente est rare chez les accouchées, et il ne faut pas la confondre avec la septicémie.

Le Dr Jaggard, de Chicago, remarque qu'à Vienne et à Paris on a renoncé à la morphine dans la période de dilatation, car elle fait du mal au fœtus. Il ne croit pas que le fœtus puisse demeurer vivant quarante-cinq jours après l'issue des eaux.

Le Dr W. T. Taylor a vu les eaux s'écouler deux semaines avant l'accouchement, sans que celui-ci en fût troublé. Pour la rigidité du col, il donne du chloral et de la morphine.

Le Dr Longaker connaît des cas où la morphine a fait mourir le fœtus.

Le Dr Trautmann a vu dernièrement une femme perdre beaucoup d'eau et présenter un col largement ouvert. Elle refusa le forceps. Ce n'est que quatre semaines plus tard qu'elle fut délivrée d'un fœtus bien portant.

Le Dr W. S. Steward emploie le bromure de sodium pour empêcher l'accouchement prématuré.

Il a vu une femme perdre des eaux, apparemment amniotiques, pendant six semaines ; le fœtus, quoique venu prématurément, était vivant. Il a vu le travail ralenti par la chute du fœtus en avant; lorsque la femme se couchait sur le dos, le travail reprenait.

Le Dr Ch.-M. Wilson fait remarquer que l'hydrorrhée des femmes enceintes est plus fréquente qu'on ne le croit ; on la prend pour l'écoulement prématuré des eaux. Le chloroforme détend le col rigide.

---

(1) Ce cas est conforme à la règle posée par Ritter (*Virchow's Archiv.*, 1867), par Paget (*Clinical Lectures*) et par Barnes (*Med. et chir. obst.*, p. 283 et 288). Ces auteurs ont remarqué que la fièvre intermittente latente est réveillée par une opération ou par le traumatisme de l'accouchement.

(*Le traducteur.*)

Le Dr KEATING présente des **ciseaux très minces pour l'avivement des surfaces muqueuses plates** et un **spéculum bivalve fenêtré.**

Fistule vésico-vaginale, par le Dr KEATING. La fistule a été produite par une chute. Une première opération ne réussit que momentanément. La malade mourut une semaine après une seconde opération. Sur la pièce présentée par l'auteur, la plaie est réunie.

Le Dr B.-F. BAER présente les pièces **d'un hydro et pyosalpinx, compliqué de dégénération folliculaire des ovaires.** L'opérée n'a présenté aucun symptôme inquiétant.

Il présente aussi un **petit fibrome ayant subi la dégénérescence calcaire.** La malade a eu des pertes régulières jusqu'à 57 ans; on croyait qu'elle avait un cancer. Baer fit le curage de l'utérus et enleva des polypes du col et un polype fibreux du corps, qui avait subi la dégénérescence calcaire, puis cautérisa la cavité utérine avec l'acide nitrique fumant. Il ne faut pas négliger l'examen des femmes déjà sur le retour qui perdent, sous prétexte que leurs pertes sont dues à l'âge critique.

Le Dr PARVIN dit qu'Hippocrate a vu des femmes perdre **des pierres,** c'est-à-dire des fibromes calcifiés. Une de ses clientes a ainsi perdu une aiguille à coudre (!).

Séance du 7 janvier 1886.

Le Dr HAVARD A. KELLY présente des spécimens frais de **pyo-salpinx, d'hydro-salpinx et de papillome du hile, avec un épaississement gélatinoïde de la trompe.** Il racontera plus tard l'histoire des malades lorsqu'il pourra donner les résultats de l'opération.

Le Dr GOODELL reconnaît la nécessité d'opérer le pyo-salpinx, mais non l'hydro-salpinx.

Le Dr MONTGOMERY fait remarquer qu'il existe des cas où l'opération est urgente; par exemple, lorsque la malade vit ou fait vivre d'autres personnes par son seul travail; le traitement par le repos ou une perte de temps est impossible.

Le Dr BAER partage l'opinion de Goodell, on est trop disposé à opérer, maintenant; il faut tout essayer avant de recourir aux opérations.

Le Dr Goodell, sous le titre : **Un an de laparotomies**, donne la statistique suivante :

	Cas.	Morts.	Guérisons.
Ovariotomie..................	28	2	26
Oophorectomie...............	9	1	8
Hystérectomie...............	2	1	1
Incision exploratrice..........	4	0	4
Ouverture d'abcès pelvien.....	1	0	16
	44	4	40

7 seulement de ces opérations ont été faites au domicile des malades ; l'une d'elles est morte de vomissements incoercibles.

Goodell n'a point choisi ses cas et n'a jamais refusé une ovariotomie, quelque mauvaises que fussent les conditions.

Les deux cas heureux d'ovariotomie secondaire, dit le Dr Montgomery, ne suffisent pas pour justifier l'enlèvement d'un second ovaire peu malade ; et il raconte le cas d'une jeune dame à qui il a enlevé un ovaire, laissant le gauche, un peu affecté, et qui devint enceinte et eut un enfant vivant.

Le Dr Kelly, craignant l'empoisonnement par l'acide phénique et les inconvénients de ce désinfectant, préfère l'eau bouillie ou distillée.

Goodell, en terminant, assure qu'il n'est point un partisan trop chaud de l'enlèvement du second ovaire, fût-il même un peu malade ; il en enlève la portion affectée ou bien il le laisse entier chez les jeunes femmes, mais chez les femmes approchant de la ménopause, il enlève volontiers le second ovaire, pour si peu qu'il soit affecté ; il est en effet inutile et risque d'amener des accidents.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON.

Séance du 6 novembre 1885.

Importance de l'antisepsie dans la pratique obstétricale privée ; température puerpérale, par le Dr H. O. Fry. — L'auteur, partisan déclaré de l'antisepsie et de la propreté, commence par dire quelques mots sur les accidents causés par les injections chaudes.

« La méthode antiseptique de Bar, copiée par Garrigues, promet ce « que je désire. *Les antiseptiques sont appliqués à l'extérieur*. »

Peu après la délivrance, la température s'élève; elle atteint son maximum au bout de douze heures environ. Schröder a vu la température dépasser 39°, sans que l'accouchée fût malade. Entre le troisième et le quatrième jour, on observe ordinairement un second maximum, précédé quelquefois par un frisson. C'est ce qu'on appelle la *fièvre de lait*. Dans le tableau graphique que donne Fry, cette élévation de la température ne s'est pas produite (26 cas traités par l'antisepsie).

Fry mentionne et discute les idées de Cazeaux sur la fièvre de lait, il l'appelle « *une fièvre septique légère*; la différence entre elle et une « fièvre septique sérieuse n'est qu'une différence de degré, et non d'espèce. »

Si, disent R. et F. Barnes, « la fièvre de lait dure plus de vingt-quatre « heures, elle devient une fièvre puerpérale. L'absorption ne commence « que le troisième jour, les deux premiers sont consacrés au repos. « Le sang demeuré dans l'utérus ne se décompose pas avant deux ou « trois jours; alors les matières putrides pénètrent dans la circulation, « et la fièvre éclate (1). »

Ainsi conclut Fry: « Toute élévation de température se produisant « après le premier jour doit être considérée comme pathologique. »

Lusk a remarqué que, depuis qu'on a adopté la méthode antiseptique dans les hôpitaux, les accouchées n'ont plus de *fièvre de lait*.

Voici la méthode employée par Fry: il se sert d'une brosse rude pour ses mains et d'une solution au millième de bichlorure, avant de toucher la parturiente. Il n'emploie aucun corps gras, et ne touche que lorsque c'est nécessaire; chaque fois il se lave les mains dans la solution antiseptique.

Après la sortie de l'enfant, il donne une cuillerée à café d'extrait liquide d'ergot et fait sortir le placenta par expression. Il évite de remuer l'accouchée, et maintient l'utérus comprimé jusqu'au moment où il place le bandage. Si l'utérus est flasque et si l'accouchée perd trop, il donne une injection de bichlorure au 1/4000, aussi chaude qu'elle peut la supporter, tout en pressant sur la matrice.

« Les injections subséquentes sont inutiles; le traitement consiste « dans la propreté. Il faut bannir les éponges. »

La mauvaise odeur des lochies demande des injections antiseptiques; la fièvre est pathologique, elle réclame un traitement approprié.

---

(1) *Médecine et chirurgie obstétricales*. Masson, 1886.

Le Dr Barker parle des divers désinfectants; Wylie recommande l'acide phénique, Goodell la térébenthine. B... croit qu'il y a moins de danger à introduire la main dans l'utérus, qu'à y laisser un caillot. Il n'est point partisan des injections intra-utérines, dans la crainte de l'introduction de l'air.

Le Dr Taber Johnson compare les statistiques mortuaires anciennes, 7,5 0/0, aux actuelles, 0,75 0/0 (Garrigues). Lusk, grâce à l'antisepsie, n'a plus de fièvre de lait avec des morts ; et il est moins dangereux pour une femme d'accoucher à l'hôpital, avec les précautions antiseptiques, que dans une maison riche sans l'antisepsie. J... ne croit pas à la nécessité des injections vaginales après l'accouchement normal; l'infection ne se fait pas avant trois jours, à ce moment, la nature a déjà fermé les petites plaies.

Pour le Dr A.-F.-A. King, l'accouchement n'est point naturel dans les races civilisées. La femme sauvage, aussitôt accouchée, se lève et va se laver dans un cours d'eau qui nettoie le vagin et l'utérus. Nos femmes des villes ne font rien de semblable. Les excrétions demeurent dans le vagin flasque et ne tardent pas se putréfier.

Le Dr Busey est partisan des injections quotidiennes. Il ne croit pas que la fièvre de lait soit toujours septique; elle tient parfois à l'état des mamelles. Ainsi, il a vu dernièrement une femme avoir une forte fièvre ; il découvrit qu'elle avait une mamelle surnuméraire. Cette glande étant vidée, la fièvre tomba.

Le Dr W.-W. Johnston se fait l'avocat des injections intra-utérines.

Le Dr Fry, en terminant, cite la statistique de Tarnier : pas une seule mort sur les 785 derniers accouchements.

F... a renoncé aux injections, non à cause des accidents qu'elles ont pu causer; mais parce qu'il les croit inutiles, lorsque la femme n'a ni fièvre, ni lochies fétides. Il donne ordinairement une dose d'ergot après l'accouchement.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Séance du 18 décembre 1885.

Deux modèles récents de forceps à traction axiale, par le Dr W.-W. Jaggard. — L'auteur fait un historique de la question : Osiander (1799) et Stein, l'ancien (1805), ont construit des instruments pour donner

aux tractions une bonne direction. Puis il décrit les forceps de Hermann (1844), des deux Hubert (1860), de Chassagny, de Joullin, de Pros, de Poulet, de Moralès, d'Apaca (1871); et il étudie et décrit le forceps de Tarnier (1877), et les indications qu'il remplit. « Il n'est pas « absolument nécessaire de tirer dans la direction de l'axe principal « du bassin, puisque, comme Schauta l'a remarqué, la résultante de la « force développée par l'utérus et de la résistance opposée par le « plancher pelvien ne pousse pas la tête dans cette direction. Comme « indicatrices de la bonne direction, les branches sont peu utiles..., « enfin elles n'indiquent pas exactement la direction de l'axe princi- « pal ; mais la tête suit la direction de la moindre résistance. »

I. — Les branches du forceps de Breus sont brisées au-dessous des fenêtres et pourvues en ce point d'une articulation mobile dans un sens et permettent un changement dans la direction suivant laquelle la tête est tirée.

Cet instrument est fréquemment employé à la clinique de G. Braun et Schauta en fait un grand éloge.

II. — Le forceps de Felsenreich est un forceps de A.-R. Simpson, modifié. Il présente, derrière chaque fenêtre, une boutonnière, dans laquelle on fixe la tige de traction, une vis de compression et un manche en caoutchouc durci pour les tractions.

Le D[r] H.-T. Byford rapporte un cas **d'abcès pelvien avec des remarques sur le traitement**. La malade a toujours été dysménorrhéique. En février, advient une pelvi-cellulite, et au bout de six semaines, un abcès s'ouvrit dans le bas du rectum. Jusqu'au 6 juin le pouls se maintint près de 120 et la température oscilla aux environs de 39° ; le pus renfermait des bacilles tuberculeux ; enfin elle consentit à une opération.

Le 6 juin, Byford fit la dilatation forcée de l'anus et élargit l'ouverture fistuleuse, et fit un bon drainage. Dès lors, la température ne dépassa plus 38°,5. L'opérée mourut en septembre d'une dysenterie épidémique.

L'auteur ne recommande pas dans ces cas de faire une contre-ouverture dans le vagin ni une incision abdominale.

Le D[r] Christian Fenger fait l'apologie de la laparotomie.

Le D[r] W.-H. Byford recommande l'évacuation par le vagin, lorsque la fluctuation se fait sentir de ce côté ; mais l'exploration est plus facile par le rectum, et tous les cas dans lesquels l'évacuation s'est faite

par ce canal doivent être traités par là. Les dangers sont incomparablement moindres que ceux de la laparotomie. Il faut dilater très largement l'anus et faire un drainage complet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI.

Séance du 10 décembre 1885.

Le Dr Jacob Trush raconte un cas **d'accouchement forcé dans une insertion vicieuse.** — L'insertion était à peu près centrale, Trush réussit, avec peine, à dilater le col suffisamment pour introduire les doigts dans l'utérus, pincer et déchirer les membranes et saisir le pied antérieur du fœtus. Il ne fit presque pas de traction sur le corps, et l'hémorrhagie s'arrêta, pour reprendre après la sortie du fœtus ; Trush injecta du vinaigre de cidre chaud, et donna l'ergot, puis il introduisit dans l'utérus un tampon imbibé de vinaigre de cidre chaud, et continua les injections hypodermiques d'ergot. La malade se remit bientôt. L'enfant a maintenant 4 mois.

Puis l'auteur, s'appuyant sur ce succès, défend l'accouchement forcé, en tant qu'il n'exige pas de violence, contre ses adversaires, en particulier, Lusk et Barnes, et se loue des qualités styptiques du vinaigre de cidre chaud.

Le Dr C.-D. Palmer approuve l'accouchement forcé avec la même restriction que Trush.

Le Dr Thad.-A. Reamy a réussi deux fois, en employant la méthode de Barnes : séparation du placenta sur tout l'espace que les doigts peuvent atteindre de 50 à 75 millimètres en diamètre.

Sur 24 cas il a perdu 1 mère et 9 enfants. Il réprouve la dilatation violente du col.

Le tampon est utile lorsque la perte est abondante et que la dilatation ne permet pas la délivrance ; mais il doit être placé dans le col.

Le Dr Gustave Zinke raconte trois cas d'insertion vicieuse ; une seule femme fut sauvée.

Le Dr Julia-W. Carpenter raconte un cas où l'enfant succomba ; la mère fut sauvée après avoir failli mourir.

Séance du 14 janvier 1886.

Le Dr Henry Illoway raconte un cas curieux de **péritonite puerpérale suppurée, rupture spontanée de la paroi abdominale, perforation du diaphragme, évacuation du pus par les bronches.**

Illoway fit une incision près de l'ombilic, puis fit transporter la femme à l'hôpital ; il se fit plusieurs ouvertures dans les parois de l'abdomen. Elle commença à tousser et expectora une grande quantité de pus. La communication de la cavité purulente avec les bronches semble démontrée par le fait que, pendant les lavages, la malade percevait le goût du liquide employé pour les injections.

L'auteur cite la thèse de Second Féréol (1859), sur « la perforation « de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites », et le mémoire de Baizeau (*Arch. gén. de méd.*, 1875, vol. I, p. 163), sur « la « rupture spontanée de l'ombilic à la suite de péritonite purulente », qui raconte quelques cas analogues et un cas de Lepellettier, datant de 1785. J. Goodhart a publié trois cas d'abcès péritonéal chez les enfants (*Clinical Society*, 1884).

Frerichs, parlant des abcès hépatiques ouverts dans les bronches, insiste sur la difficulté de l'expectoration qui finit par amener la mort.

La malade d'Illoway guérit, quoiqu'on ne lui ait pas fait l'opération radicale de L. Tait, l'ouverture du ventre et le lavage complet.

Le Dr Thad. A. Reamy, qui a vu la malade en consultation, a pensé à faire une ouverture dans le vagin, mais y a renoncé, ne trouvant pas de fluctuation de ce côté.

Les Drs Palmer, B.-F. Miller et Giles, S. Mitchell prennent part à la discussion.

(*Résumé*, d'après l'*Amer. Journ. of Obst.*, 1886, page 408, par A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE EN ALLEMAGNE

Par Hofmeier, assistant à la Clinique de gynécologie de l'Université royale de Berlin.

Obstétrique. — **De l'opération césarienne.** — MM. Kehrer (Heidelberg) et Obermann (clinique de Crédé) ont fourni deux nouvelles *contributions à l'étude de l'opération césarienne.* Le premier a pratiqué deux fois l'opération d'après la méthode qu'il a indiquée : *incision transversale profonde et suture péritonéale minutieuse.*

1er Cas. — Bassin plat, diamètre antéro-postérieur de 7 centimètres. Septicémie à marche rapide. Mort.

2e Cas. — Bassin ostéomalacique ; rétrécissement considérable. Guérison rapide.

A la clinique de Crédé, l'opération a été faite, trois fois, suivant le procédé de Sanger ; deux fois par Sanger, une fois par Obermann. Antisepsie rigoureuse, suture utérine combinée avec une suture spéciale de l'enveloppe péritonéale. Guérisons.

Dans ces trois cas, l'opération césarienne fut faite comme opération de choix ; l'extraction de l'enfant eût été, en effet, aisée après craniotomie.

Il serait peut-être téméraire, remarque l'auteur, de tirer de ces faits des conclusions trop générales et de considérer l'opération césarienne comme toujours indiquée dans les cas analogues. Cependant, il semble qu'un pareil mode d'intervention est destiné à entrer dans la pratique à mesure que les résultats se montreront plus favorables. D'ailleurs, l'opération césarienne classique paraît perdre de sa gravité, quand on y a recours dans des conditions bien déterminées et qu'on n'attend pas trop longtemps.

Tumeurs obstruant le canal de la parturition (myômes, carcinomes, tumeurs ovariques). — M. Stratz a lu à la Société obstétricale de Berlin un travail sur cette question. Il a utilisé les faits qui se sont présentés à la clinique de Schröder, depuis le 1er avril 1876 jusqu'au 1er janvier 1885. Ils peuvent être répartis en deux groupes : 1° 28 cas furent observés au cours de la grossesse ; pas une femme ne mourut,

15 enfants furent sauvés ; 2° 25 cas ne furent constatés qu'au moment même du travail ; 15 femmes succombèrent, 13 enfants survécurent.

On voit combien est grande la différence quant au résultat final, suivant que la complication est constatée pendant la grossesse ou seulement pendant le travail.

Voici quelques détails plus circonstanciés sur ces faits :

1° Tumeurs compliquant la grossesse :

A. *Tumeurs ovariques.* — L'ovariotomie fut pratiquée 14 fois au cours de la grossesse. Sauf dans un cas, la gestation évolua régulièrement jusqu'à terme et l'accouchement se fit normalement (une grossesse gémellaire).

B. *Myômes.* — 4 fois, l'avortement fut spontané ; 3 fois, on le provoqua. Dans deux cas, myômes et utérus furent entièrement enlevés (3e et 4e mois de la grossesse). Dans un autre, on extirpa un myôme qui avait le volume d'une tête d'enfant (une femme fut délivrée à terme d'un enfant vivant). Dans tous les cas, guérison.

C. *Carcinomes* (5 cas). — Dans un cas, avortement spontané, après lequel on fit le grattage de l'utérus et on appliqua le cautère actuel. Dans les quatre autres, amputation supra-vaginale. Toutes les femmes se remirent parfaitement des suites de l'opération.

2° Tumeurs compliquant le travail :

A. *Myômes* (13 cas). — 8 femmes succombèrent (hémorrhagies par inertie utérine, hémorrhagies tardives durant les suites de couches, septicémie, embolies de l'artère pulmonaire) ; 3 enfants vivants.

B. *Carcinomes* (7 cas). — 6 femmes succombèrent, 4 des conséquences immédiates du travail, 2 d'accidents plus tardifs et de l'évolution rapide du néoplasme durant les suites de couches ; 3 enfants arrivèrent au monde vivants (un spontanément, un autre par le forceps, le troisième après section césarienne), deux moururent peu après.

Conclusions de Stratz : *Une intervention chirurgicale énergique pendant la grossesse, la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, fournissent des résultats bien supérieurs à ceux que permet d'espérer l'expectation prolongée jusqu'à l'établissement spontané du travail.*

GYNÉCOLOGIE. — M. HOFMEIER analyse le travail récent de Cohn, relatif à l'opportunité des opérations dans les cas de tumeurs malignes

de l'ovaire. Nous en avons déjà donné le résumé (1). Il expose ensuite ses propres recherches sur les *résultats fournis par le traitement chirurgical dans les cas de carcinome du col.* Ces recherches ont fait l'objet d'une communication à la Société obstétricale de Berlin, dans la séance du 8 juin 1886 (voir le compte rendu, page 376). Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : l'extirpation partielle, dans les cas d'épithélioma du col, peut amener une guérison définitive ; en second lieu, l'*hystérectomie vaginale est un auxiliaire indispensable*, permettant le traitement chirurgical du carcinome du col, lorsque les autres méthodes deviennent insuffisantes.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'extirpation totale constitue une opération plus grave, qui ne doit être faite qu'en cas de nécessité. (*Amer. Journ.*, avril 1886.)

Opération césarienne après la mort. Contractures observées chez l'enfant extrait en état de mort apparente, par DOHRN. — Le 30 septembre, entre à la clinique une femme de 29 ans, primipare, atteinte d'éclampsie. Sa santé habituelle était bonne et la grossesse avait marché régulièrement. Depuis deux jours, jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital, sept accès d'éclampsie. Coma profond. Pas d'œdème. Dans l'urine, une quantité considérable d'albumine, mais pas de cylindres fibrineux. Les bruits du cœur du fœtus sont normaux. Présentation du sommet. L'orifice n'est pas dilaté, les contractions sont rares et affaiblies.

Demi-heure environ après l'entrée de la malade, éclate un nouvel accès ; il se produit ainsi trente-neuf attaques entre lesquelles la patiente ne reprend pas du tout connaissance. Bains chauds, injections de morphine, inhalations de chloroforme, applications de glace, tout reste inutile.

La terminaison fatale étant prévue, on avait, dès l'entrée de la malade, disposé tout pour l'opération césarienne, qu'on pratique le lendemain matin, la femme ayant succombé à la suite d'une crise très violente. L'enfant présente une coloration bleuâtre, il ne respire pas et le cœur bat à peu près vingt fois par minute. On le place immédiatement dans un bain chaud, et on remarque alors que *les membres sont entièrement rigides.* La bouche et les paupières sont fermées, les

---

(1) V. *Annales de gynécologie*, mars 1886, p. 221 et seq.

extrémités sont dans un léger degré de flexion, les muscles paraissent fortement contracturés.

Les battements du cœur cessent rapidement ; mais la contraction musculaire persiste. Le lendemain, la rigidité cadavérique se présente avec ses caractères habituels.

Autopsie : enfant du sexe masculin ; pesant 2,150 grammes ; longueur de 46 centimètres. État atélectasique des deux poumons; absence de pétéchies, développement normal des vaisseaux fœtaux. Cœur droit rempli de sang ; bronches normales ; veines du cou, de la poitrine et de la cavité abdominale remplies de sang. Le cerveau et la moelle ne sont pas examinés.

Le fait est peut-être unique. Les cas de rigidité cadavérique développés *in utero* sont déjà extrêmement rares. Dans l'observation actuelle, il y a cela d'intéressant que la contracture musculaire s'est développée alors que le cœur battait encore. En outre, elle se distinguait de la rigidité habituelle, car contrairement à ce qu'on observe dans celle-ci, les muscles reprenaient leur situation primitive après qu'on les avait étendus. Le phénomène curieux présenté par l'enfant était sans doute en rapport étiologique avec les convulsions éclamptiques de la mère. (*Centr. für Gynæk.*, n° 8, 1886.)

Kyste à échinocoques de la cavité abdominale, laparotomie, guérison, par Dohrn. — Femme de 26 ans, ayant eu deux enfants, le dernier, un an auparavant. Jusqu'au second accouchement, les règles duraient quatre jours ; à partir de ce moment elles se prolongent pendant huit jours. Il y a cinq mois, elle s'est aperçue qu'elle avait à gauche, dans le ventre, une tumeur, qui, depuis cette époque, augmente rapidement de volume et s'accompagne de malaises et de douleurs de plus en plus accusés.

On constate, à l'examen, une tumeur située à côté d'un certain nombre d'autres masses, mobiles et de différentes grosseurs. La plus grosse a le volume d'une tête d'enfant. Les intestins sont fortement refoulés vers la droite. Pas de sensibilité à la pression : on ne perçoit pas le frémissement hydatique. Ces tumeurs paraissent solides ; sauf la plus volumineuse qui semble fluctuante.

Il en existe une autre de la grosseur d'une pomme dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus, attiré en avant, est assez facilement mobili-

sable. Sa cavité, mesurée avec l'hystéromètre, paraît avoir les dimensions normales.

Diagnostic : fibromes multiples sous-péritonéaux, liés à l'utérus par un mince pédicule. L'extirpation est résolue.

L'incision abdominale faite, apparaît au niveau de la plaie une poche à échinocoques, recouverte par le péritoine. Elle est enlevée après destruction des connexions qu'elle avait contractées et ligature des vaisseaux afférents. On en enlève successivement six, qui, toutes, présentaient des adhérences avec l'épiploon. Les organes pelviens étant devenus apparents, on aperçoit deux autres poches ; l'une au niveau du fond de la matrice ; l'autre dans les franges de la trompe gauche, tout près de l'ovaire de ce côté. On les extirpe, ainsi que la poche, plus volumineuse, qui occupe le cul-de-sac de Douglas.

L'examen microscopique permit de reconnaître les caractères habituels des tumeurs à échinocoques. Guérison sans incident. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 8, février 1886.)

La castration de la femme, par A. Heydenreich. — Le but visé par les promoteurs de la méthode (Hégar et Battey) a été de procurer, par anticipation pour ainsi dire, à des femmes sous le coup d'accidents qui compromettent l'existence, le soulagement qu'apporte souvent la ménopause. Ils ont pensé d'établir une ménopause prématurée. Or, la fonction menstruelle étant intimement liée au travail de la menstruation, il fallait enlever non un ovaire, mais les deux ovaires, et complètement. De là, la castration ou opération de Battey et d'Hégar (1).

L'opération a été faite par la voie abdominale et par la voie vaginale. Mais le second procédé est aujourd'hui abandonné.

Le chiffre de la mortalité qui a été indiqué par Tissier est 14,5 p. 100; la mort est arrivée par péritonite, hémorrhagies secondaires et occlusion intestinale. On a signalé, comme complication post-opératoire, la parotidite (2).

Deux considérations capitales doivent toujours être mises en oppo-

---

(1) Lawson Tait a réclamé la priorité. (V. *Ann. de gyn. et d'obst.*, octobre 1885, p. 317.)

(2) *Inflammation de la glande parotide après l'ovariotomie*, par le Dr Matweff. (*Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1885.)

sition avec les circonstances qui plaident en faveur de l'opération : 1° *le chiffre de la mortalité est assez élevé; 2° la stérilité est définitive.*

On a fait la castration pour parer à des hémorrhagies excessives qui mettaient la vie en péril et qui, le plus souvent, étaient causées par des tumeurs de l'utérus, etc..... On y a eu également recours dans des cas où la sortie du sang menstruel était gênée au point de provoquer des douleurs intolérables et de créer des dangers plus sérieux; atrésies considérables des organes génitaux, développement incomplet de l'utérus, du vagin, etc. On l'a encore pratiquée pour faire cesser des troubles nerveux intenses provoqués ou exagérés au moment des règles ; et il y a eu des guérisons incontestables, mais aussi des insuccès et des morts. Enfin, les ovaires ont été enlevés avec l'espoir qu'on pourrait peut-être guérir certaines femmes d'aliénation mentale, la nymphomanie même, etc., etc.

« En résumé, dit M. Heydenreich, on a fait un étrange abus de la castration, au point de jeter le discrédit sur une opération qui, appliquée à propos, rend d'incontestables services. Les métrorrhagies graves et rebelles, symptomatiques d'un corps fibreux de l'utérus. certaines atrésies génitales portant obstacle à l'issue du sang menstruel, légitiment parfaitement la castration. Peut-être y a-t-il lieu de pratiquer la même opération en présence de désordres nerveux intenses, liés manifestement au flux menstruel ; mais, dans ce dernier cas, on ne saurait mettre trop de réserve et de circonspection dans l'intervention chirurgicale. (*Sem. médic.*, 23 décembre 1884.)

Mamelles et mamelons supplémentaires (accessory mammary glands and nipples), par A. Doran. — Il faut, si l'on veut apprécier exactement la signification des mamelles supplémentaires chez la femme, étudier l'appareil de la lactation dans les autres espèces animales. Il ressort en particulier de cette étude que ni la situation, ni le nombre des mamelles ne constituent des signes d'un développement plus avancé. La situation varie en effet beaucoup, même chez des animaux très voisins dans la série animale; en outre, le nombre n'est même pas toujours en rapport avec le degré de fécondité. Ainsi, chez le rat, il y a douze mamelles, tandis qu'il en existe seulement deux chez le cobaye, cependant beaucoup plus prolifique. Si la théorie de l'atavisme devait expliquer la présence chez la femme des glandes ou mamelons

surnuméraires, ces organes devraient se montrer sur un grand nombre de points divers; or, l'expérience clinique démontre, au moins, quant à leur situation, qu'ils échappent entièrement aux lois qui règlent les phénomènes morphologiques. En résumé, suivant l'auteur, il existe des raisons assez nombreuses pour que l'on considère l'anomalie en question, non pas comme un retour aux attributs physiques d'espèces inférieures, mais comme une conséquence du développement exagéré d'une glande sudoripare (*London med. Record,* p. 319, 1885.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

VARIÉTÉS

— **Policlinique de chirurgie des femmes** du Dr BERRUT, 29, *rue de Bellechasse,* du 1er novembre au 31 août de chaque année. — Le jeudi, à 9 heures : leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. Le jeudi, à 10 heures : consultations ouvertes aux auditeurs inscrits.

On s'inscrit de 3 à 5 heures.

— INSTITUTION ETHNOGRAPHIQUE, 28, *rue Mazarine.* — **Cours d'ethnographie médicale.** — M. le Dr E. VERRIER, membre correspondant, commencera ce cours le dimanche 16 mai 1886, à 3 heures, au siège de l'institution, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

M. le Dr E. VERRIER traitera cette année de l'accouchement comparé dans les races, et des usages ethniques qui s'y rapportent.

Nota. — Les cours de l'institution sont publics et gratuits. Les personnes qui désirent en suivre un ou plusieurs sont priées de faire la demande d'une carte personnelle au secrétariat, 28, rue Mazarine, par lettre affranchie, renfermant leurs nom, prénoms, qualités et adresse. *(Voir l'affiche générale de l'institution.)*

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu. — Service de M. Tillaux.

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE
A CONTENU LIQUIDE TRANSPARENT
OVARIOTOMIE. — GUÉRISON. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU CONTENU DES KYSTES.

Leçon recueillie par **M. Guillet**, interne du service.

Je vous présente aujourd'hui un kyste de l'ovaire, provenant d'une jeune fille, âgée de 19 ans et demi, que nous avons opérée, il y a environ trois semaines. Ce kyste offrait quelques particularités, sur lesquelles je tiens à appeler votre attention.

Voici l'observation de cette malade :

Elle a toujours joui d'une bonne santé ; son père et sa mère, ses frères et sœurs se portent bien.

Elle se souvient qu'étant enfant, elle avait l'abdomen volumineux ; lorsqu'elle était âgée de 10 ans, ses parents ont consulté à ce sujet plusieurs médecins, lesquels ont répondu que

ce n'était rien. Depuis lors cependant, le ventre a augmenté de volume, sans que la malade ait jamais ressenti de violentes douleurs.

Sept ans plus tard, les parents, inquiets de l'état de leur fille, vinrent me consulter. Je portai le diagnostic de kyste de l'ovaire, et je fis une ponction qui donna issue à 12 litres d'*un liquide absolument clair et transparent comme de l'eau de roche.* Sous l'influence de cette ponction, la tumeur disparut totalement, si bien que, dans les jours qui suivirent, il me fut impossible d'en constater les moindres traces. Aussi, me basant *d'une part sur la transparence du liquide, d'autre part sur l'affaissement total de la tumeur après la ponction*, je crus avoir affaire à un kyste parovarique.

Un autre signe, à mon avis, venait corroborer ce diagnostic, à savoir : *le tremblotement du contenu du kyste déterminé par une percussion légère sur l'abdomen.* Pour moi, en effet, ce signe plaiderait en faveur de l'existence des kystes parovariques.

Depuis cette époque, le ventre a augmenté progressivement de volume ; aussi, consulté deux ans plus tard, ai-je conseillé l'ablation de la tumeur : ce que la malade a accepté.

A son entrée à l'hôpital, le 18 mars dernier, nous avons constaté ce qui suit :

Le ventre a le volume de celui d'une femme enceinte de six mois environ. Sa forme est régulièrement globuleuse ; il n'existe ni vergetures, ni dilatations veineuses. L'ombilic ne présente aucune déformation.

La résistance des parois abdominales rend le palper difficile ; on sent cependant que le ventre a perdu sa souplesse dans une grande partie de son étendue. Vient-on à déprimer fortement les parois, on parvient à délimiter une tumeur arrondie qui remonte à quatre travers de doigt de l'ombilic, s'enfonce dans l'excavation pelvienne, et de chaque côté est distante de deux travers de doigt des épines iliaques antéro-supérieures.

La surface de cette tumeur est lisse, si ce n'est dans sa portion inférieure gauche au niveau de la fosse iliaque, où l'on rencontre une petite tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf

de poule. Cette petite tumeur est ferme et mobile sur la tumeur principale. Cette dernière est manifestement fluctuante dans tous ses diamètres ; la sensation de flot est très nette, et lorsqu'on imprime aux parois abdominales de petites secousses avec l'extrémité des doigts, on voit le contenu de la tumeur agité d'un véritable tremblotement.

Cette tumeur est mate dans toute son étendue ; il existe de la sonorité dans les flancs ; lorsqu'on fait varier les positions de la malade, les résultats de la percussion n'éprouvent aucune modification.

La circonférence de l'abdomen, mesurée au niveau de l'ombilic, est de 77 centimètres.

Le toucher vaginal ne peut être pratiqué, l'hymen étant intact.

L'état général est très satisfaisant.

La malade n'a jamais été réglée ; il y a huit mois, cependant, elle a eu une perte qui a duré huit jours.

L'opération a été faite le 28 mars ; elle a consisté en plusieurs temps, que je me contenterai de vous signaler :

Incision sur la ligne médiane, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ponction d'une première loge, donnant issue à un litre environ d'un liquide épais, visqueux et noirâtre.

Incision de cette première loge, destinée à faciliter la ponction d'une deuxième loge, incluse dans la première.

Ponction de cette deuxième loge, donnant issue à plusieurs litres d'un liquide analogue à celui que contenait la première loge.

Des tractions sont alors exercées sur le kyste pour l'attirer au dehors ; mais nous nous apercevons qu'il est retenu par un prolongement qu'il envoie dans le petit bassin et qui remplit ce dernier. Nous allons à la recherche de ce prolongement et nous parvenons à le faire basculer et à le dégager sans déchirure, car il n'a contracté aucune adhérence.

L'extraction du kyste se termine alors aisément, deux ligatures de soie sont placées sur le pédicule qui est abandonné

dans l'abdomen, après une toilette consciencieuse du péritoine.

L'opération est achevée par des sutures profondes et superficielles des parois abdominales, et un pansement de Lister est placé sur la plaie.

Les suites ont été des plus simples; il n'y a pas eu le moindre mouvement fébrile; les sutures ont été enlevées le huitième jour, et la malade est descendue guérie dans la salle commune le treizième jour.

Depuis, nous avons constaté la persistance de la petite tumeur dure et arrondie que nous avions trouvée à gauche de la tumeur principale. Cette petite tumeur siège manifestement dans la paroi abdominale et est probablement un fibrome.

Le kyste, comme vous pouvez le voir, est un type de kyste multiloculaire de l'ovaire.

Cette observation m'a paru intéressante, car elle démontre que la plupart des chirurgiens ajoutent trop d'importance à certains signes (contenu liquide transparent, affaissement total de la tumeur après ponction), qui pour eux différencient absolument les kystes ovariens proprement dits des kystes parovariques.

Pour vous convaincre de l'importance qu'on accorde à ces signes, lisez ce qui a été écrit sur les kystes parovariques. Déjà en 1851, Bird insiste sur les caractères du contenu de ces kystes: « leur contenu est fluide, clair comme de l'eau, d'une faible densité; salé et sans albumine. »

Plus tard, en 1875, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, M. Panas signale aussi ces caractères différentiels et en tire des déductions thérapeutiques.

Les mêmes idées se trouvent contenues dans une leçon faite en 1879 à l'hôpital St-Louis par M. Duplay.

Nous les retrouvons dans le *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus* de Spencer Wells: « Après la ponction, les parois de ces kystes s'affaissent tellement, que c'est à peine si l'on peut en découvrir quelques traces. Le liquide lui-même, contrairement à celui des kystes ovariens, est limpide, clair,

inodore, et le coagulum formé par l'action de la chaleur se redissout dans l'acide acétique bouillant. Ces signes sont pour le praticien une garantie sérieuse, ils lui permettront de concevoir l'espérance justifiée qu'une autre intervention ne sera pas nécessaire plus tard. »

Les auteurs, qui ont écrit depuis sur ce sujet, soutiennent la même opinion.

M. Duplay la défend, dans un mémoire paru en 1882, dans les *Archives générales de Médecine ;* il a soin cependant de faire quelques restrictions : « Je dois insister d'une façon toute spéciale, dit-il, sur la valeur diagnostique de la ponction exploratrice. Cette valeur est telle que, selon moi, les caractères du liquide qu'elle fournit (clarté, absence de viscosité), sont, dans l'immense majorité des cas, suffisants pour asseoir le diagnostic. *Ces caractères ne sont cependant pas absolument pathognomoniques.* Il importe de savoir que certains kystes du ligament large renferment un liquide offrant les caractères du contenu des kystes ovariques, et inversement que certains kystes de l'ovaire contiennent un liquide comparable à celui des kystes du ligament large. » A l'appui de cette assertion, il cite une observation personnelle, puis il ajoute : « Les faits analogues à celui-ci sont absolument exceptionnels et n'infirment en rien le principe que j'ai posé plus haut ; à savoir, que dans l'immense majorité des cas, on peut, après ponction, arriver au diagnostic des kystes du ligament large. »

Je pense cependant que, quelqu'exceptionnels que soient les faits semblables à celui que je vous rapporte, on doit en tenir compte en clinique, et je partage absolument l'opinion qu'émettent dans les *Archives de Physiologie* MM. Malassez et de Sinety : « La grande fluidité du contenu n'est donc pas, comme quelques personnes semblent le croire, un caractère propre aux kystes du ligament large et ne se rencontre jamais dans ceux de l'ovaire. Il est, par contre, des kystes du ligament large dont le contenu est filant. Les faits de liquides non filants, dans les kystes ovariques, et de liquides filants dans ceux du ligament large, ne sont pas très fréquents ; mais, du moment

qu'ils existent, on ne peut prendre la fluidité du liquide comme un signe pathognomonique propre à différencier les kystes de l'ovaire de ceux du ligament large ; elle ne peut servir dans les ponctions exploratrices qu'à établir une présomption et pas autre chose. »

NOTE SUR UNE VARIÉTÉ INTÉRESSANTE DE KYSTE OVARIQUE.

Par le Dr Terrillon.

Les nombreux travaux publiés sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire ont démontré que ces tumeurs avaient comme caractère fondamental la structure des épithéliomes. L'étude faite par Malassez et de Sinety a démontré que non seulement l'épithéliome formait la base de ces tumeurs, mais elle nous a également enseigné que souvent ces tumeurs se compliquaient de tissus de nature variable : sarcome, carcinome, etc., qui lui donnaient un caractère de malignité spéciale.

Ces tumeurs mixtes sont très fréquentes et méritent d'attirer l'attention des chirurgiens, car elles peuvent donner lieu à des récidives et à des généralisations très graves.

A côté de ces tumeurs épithéliales et de leurs variétés, qu'on décrit ordinairement sous le titre de kystes multiloculaires de l'ovaire, on trouve une autre variété de kystes, d'origine congénitale, connus sous le titre de kystes dermoïdes. Ils sont ainsi nommés à cause de leur paroi cutanée et de leur contenu composé ordinairement de graisse sébacée, de poils ou cheveux, dents, etc.

Ces derniers kystes sont ordinairement isolés, ils ont une structure uniforme et sont considérés comme de nature bénigne, puisque, une fois enlevés, ils ne reparaissent plus. La nature de leur origine, de leur structure et de leur contenu ne ressemble en rien aux tumeurs qui ordinairement donnent des extensions ou des récidives.

Or, il existe des faits curieux, d'une interprétation difficile, qui méritent d'attirer l'attention à cause de leur bizarrerie; ce sont ceux dans lesquels on trouve dans une même tumeur isolée et pédiculée, unies l'une à l'autre d'une façon complète et indélébile, les deux variétés de kystomes de l'ovaire : épithéliome et dermoïde. Les deux productions vivent ensemble, soudées l'une à l'autre, et semblent avoir même origine et même évolution.

C'est un cas de ce genre que j'ai observé dans mon service à la Salpêtrière sur une de mes dernières opérées et que je vais décrire avec quelques détails.

Kyste multiloculaire de l'ovaire; ablation; guérison. — Tumeur mixte ayant les caractères des kystes multiloculaires et des kystes dermoïdes.

Mme L..., 29 ans, habite Mont-de-Marsan, d'où elle m'est adressée par le Dr Malichecq. Cette femme a eu deux enfants, le dernier il y a sept ans.

Sans éprouver de troubles manifestes, elle s'aperçut, il y a quatre ans, d'une tumeur d'apparence solide qui occupait la région du bas-ventre. La tumeur augmenta progressivement en devenant de plus en plus nettement fluctuante.

Le 12 janvier 1886, M. Malichecq fit une ponction qui donna 8 litres de liquide jaune verdâtre. La malade fut soulagée, mais la tumeur recommença à se remplir. Aussi elle entra à la Salpêtrière.

Le ventre est très développé : 96 centimètres de circonférence ; les parois de l'abdomen sont très épaisses. On trouve une tumeur arrondie, à convexité supérieure, dépassant l'ombilic et très mobile dans l'abdomen.

L'utérus est mobile et indépendant, et sa cavité est de 7 cent. 1/2. Cette femme a toujours été bien réglée et ne présente aucun phénomène du côté de la vessie sauf avant la ponction. Elle n'a pas maigri. Actuellement, la respiration est gênée, les digestions un peu difficiles, mais l'état général est bon.

L'opération eut lieu le 20 mars 1886, en présence de MM. Monod, Schwartz et Poulet. Incision du pubis à l'ombilic dans une couche épaisse de graisse.

Le kyste est libre. Une ponction donne 3 litres de liquide citrin

foncé. Comme il reste une partie épaisse, on fait une seconde ponction qui donne très peu de liquide citrin.

La tumeur est assez diminuée pour passer par l'incision.

Deux sutures sont placées sur le pédicule mince et court.

L'opération a duré vingt-deux minutes.

Les suites furent des plus simples, sauf la formation de deux petits abcès de la paroi au niveau des fils. La malade sortit guérie e 17 avril 1886.

Examen de la tumeur. — Elle est constituée par une poche principale dont la surface externe est assez régulière, mais dont la surface interne présente des éperons plus ou moins complets qui sont des vestiges des cloisonnements antérieurs.

Dans cette poche principale font saillie, d'une part : trois petits kystes secondaires à parois minces, transparentes, presque pédiculés; d'autre part, deux masses multiloculaires secondaires. L'une d'elles, la plus volumineuse, est grosse comme le poing d'un adulte. Elle est constituée par l'agglomération de plusieurs kystes à contenu filant, glaireux et transparent.

L'autre masse, polykystique, moins considérable que la précédente, est constituée par une partie fluctuante kystique, semblable aux précédentes, et par une autre partie molle, de consistance pâteuse et gardant l'empreinte du doigt. Cette poche renferme un contenu dermoïde (matières sébacées et poils blancs de 30 centimètres et plus de longueur). La paroi interne de cette poche présente un aspect blanchâtre et rugueux comme l'épiderme. En un point, s'élève une volumineuse papille du volume d'une noisette, implantée sur la paroi par un pédicule mince et court. C'est de cette papille que semblent partir tous les poils ; à sa base, on trouve une dent rudimentaire.

Définition histologique (fournie par MM. Malassez et Poupinel). — Tumeur mixte dont la plus grande partie est constituée par de l'épithélioma mucoïde, à revêtement régulier de cellules caliciformes disposées en une seule couche. Une loge seule présente les caractères dermoïdes : sa paroi présente, dans presque toute son étendue, les caractères de la peau, avec poils, glandes sébacées, glandes sudoripares.

Cette paroi, par une de ses faces, est de la peau, tandis que l'autre face est recouverte d'épithélium caliciforme.

Cette observation ne présente, au point de vue clinique

et opératoire, aucune particularité spéciale. Mais l'anatomie pathologique est curieuse à étudier. En effet, dans un kyste multiloculaire d'apparence ordinaire, composé d'une grande poche dont la face interne est parsemée de poches secondaires moins volumineuses, on trouve une seule poche contenant des débris épithéliaux et des cheveux.

Cette poche est constituée anatomiquement de la même façon que les kystes dermoïdes ordinaires ou isolés.

Il s'est donc produit, dans ce cas, une tumeur mixte, constituée par deux éléments qu'on trouve ordinairement isolés et formant presque toujours, et chacun de leur côté, des tumeurs kystiques distinctes.

Cette coïncidence, ou plutôt cette simultanéité dans le développement de deux tissus qui semblent ordinairement étrangers l'un à l'autre semble ne pas être un fait très rare, puisque M. Poupinel, dans sa thèse (thèse de 1886), en a signalé plusieurs exemples. Il est probable que d'autres faits existent, qui peuvent être comparés avec ceux que je viens d'indiquer.

MM. Cornil et Ranvier et M. Babinsky ont signalé des faits qui tendent à prouver que les kystes primitivement dermoïdes, peuvent dégénérer en épithéliomas infectants. Deux observations de Frainkel, citées par Poupinel, se rapportent au même genre de transformation.

Il est probable qu'en faisant les recherches nécessaires on pourrait trouver des exemples semblables, mais ce n'est pas ce but que je poursuis.

Qu'il me suffise de donner cette observation curieuse au point de vue de l'anatomie pathologique.

Quant aux hypothèses qu'on pourrait faire à propos de cette anomalie dans l'anatomie pathologique des kystes ovariques multiloculaires, elles ne pourraient qu'être indiquées, sans recevoir de solution actuellement.

La formation dermoïde est-elle primitive ou a-t-elle précédé le kyste multiloculaire? Est-elle, au contraire, secondaire à l'évolution du kyste multiloculaire épithélial sur lequel elle s'est greffée pour ainsi dire? Enfin peut-on voir ici

le développement parallèle de deux tissus spéciaux qui se sont accolés sans se mélanger et ne conservant qu'une circulation commune ?

Autant de questions à résoudre et qui présentent chacune une grande difficulté, car, dans l'état actuel de la science, il est impossible, à moins d'employer des formules vagues et sans signification précise, de donner une explication satisfaisante. La formule la plus exacte serait encore de rapprocher ces faits de ceux qui ont été signalés par M. Verneuil lorsqu'il a décrit ces cas de néoplasmes multiples développés soit au voisinage les uns des autres, soit dans des points plus éloignés, chez un même individu. M. Verneuil voit là une diathèse particulière ou plutôt une prédisposition spéciale à fabriquer des produits hétérogènes.

Enfin, ces considérations nous conduiraient peut-être à regarder les tumeurs ainsi développées, non pas comme des lésions absolument dissemblables, comme l'anatomie pathologique moderne a essayé de nous le démontrer, mais au contraire comme des produits divers d'un même point de départ, avec des processus différents ou des aspects histologiques divers.

L'étude attentive des tumeurs mixtes, si fréquentes dans certains organes, ne peut manquer d'inspirer de telles idées.

ACCOUCHEMENT ET KYSTE DE L'OVAIRE (1).

Par le Dr Alphonse Herrgott,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les kystes ovariques compliquant la grossesse sont assez rarement observés. Un cas de ce genre venant de se produire à la Maternité de Nancy, je crois intéressant de le rapporter.

---

(1) Communication faite à la Société de médecine de Nancy, le 26 mai 1886.

Le 25 février 1886, la femme A... (Lucie), âgée de 35 ans, enceinte pour la troisième fois, entre à la Maternité.

Blonde, de taille moyenne, dit avoir été toujours bien portante, à part une attaque de rhumatisme articulaire survenue à l'âge de 11 ans.

Menstruée à 12 ans, régulière depuis.

Première grossesse à 23 ans. Accouchement normal; malheureusement l'enfant ne vécut que quelques heures. La cause de sa mort est inconnue.

Deuxième grossesse à 31 ans. Gravidité régulière, accouchement spontané, enfant bien portant; puerpéralité bonne.

Le 12 mai 1885, ses règles parurent pour la dernière fois. A partir de ce moment elle éprouva des malaises et des vomissements, mais elle les attribua à des troubles digestifs occasionnés par une tumeur abdominale qui comprimait l'estomac et dont le volume considérable la gênait beaucoup.

Quelques années auparavant elle avait déjà été fortement incommodée par une distension abdominale qui aurait diminué à la suite de l'emploi de diurétiques. Mais pour le moment ces médicaments restaient sans effet. Le ventre était énorme et tout mouvement devenait extrêmement pénible. Elle ne pouvait faire quelques pas sans être suffoquée et obligée de s'arrêter.

Très inquiète et souffrant de plus en plus, elle se décida, vers la fin de juillet 1885, à entrer à l'hôpital civil dans le service de M. le professeur Gross. L'abdomen était si distendu qu'il était impossible de pratiquer la palpation. M. Gross fit une ponction évacuatrice qui donna issue à une dizaine de litres environ.

La malade se trouva très soulagée après cette ponction et comme M. Gross était sur le point de s'absenter, elle quitta le service, se promettant bien de revenir en novembre pour se faire opérer d'un kyste ovarique, cause probable de cette distension abdominale.

Mais, dans le courant de septembre, quatre mois après l'apparition de sa dernière époque menstruelle, elle fut très éton-

née de percevoir au niveau de la région sus-pubienne de l'abdomen des petits mouvements comparables à ceux qu'elle avait perçus dans ses grossesses antérieures. Ces mouvements s'accentuant, plus de doute, elle était enceinte.

Dès lors elle résolut d'attendre la fin de sa grossesse avant de subir l'opération dont on lui avait parlé ; toutefois, comme elle était assez préoccupée de la manière dont s'effectuerait l'expulsion du fœtus, elle désira entrer à la Maternité de Nancy pour y faire ses couches.

A son arrivée, nous trouvons, il est vrai, l'abdomen très distendu, mais la femme A... (Lucie) ne semblait nullement incommodée par cette distension considérable. Elle allait, venait, avec une facilité qui n'était pas sans nous surprendre. Sur la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale, on apercevait très nettement un sillon transversal, légèrement courbe, à concavité dirigée en bas, qui délimitait la partie supérieure du globe utérin.

Par la palpation on sentait le fœtus qui se présentait en O. I. D. P. En percutant la région sus-utérine on percevait très nettement une matité qui se prolongeait à droite et à gauche. La sonorité intestinale était plus marquée en bas et à gauche qu'à droite. De plus au niveau de la tumeur sus-utérine la fluctuation était très manifeste.

Comme la respiration se faisait très régulièrement et très facilement ; que, d'autre part, la tête plongeait *seule* dans l'excavation, nous crûmes devoir attendre patiemment, sans intervenir, l'échéance de cette gravidité.

Quelques jours après, le 11 mars, vers quatre heures du soir, elle ressentait les premières douleurs de l'accouchement.

Deux heures après, elle mettait au monde un enfant vivant, de 2,580 grammes. La période d'expulsion que nous redoutions à cause du volume du ventre s'effectua cependant très facilement et ne présenta rien de particulier ; pas de gêne dans la respiration, aucun trouble dans la circulation.

Immédiatement après l'accouchement l'utérus faisait une

forte saillie au-dessus du pubis. Cet organe était encore, comme pendant la grossesse, fortement projeté en avant par la tumeur ovarique située derrière lui. On remarquait toujours à sa partie supérieure ce sillon transversal qui le délimitait si nettement ; seulement, comme les parois abdominales, si distendues il y quelques mois, avaient perdu leur tonicité, la tumeur ovarique, incomplètement contenue, s'étalait sur la colonne vertébrale et l'abdomen moins proéminent, semblait plus large.

Les suites de couches furent normales et rien ne venant entraver la puerpéralité, elle put quitter la Maternité quelques jours après son accouchement.

Cette observation montre combien il est important, lorsqu'on envisage les tumeurs ovariques *au point de vue obstétrical*, *de les diviser suivant leur siège*, en tumeurs *extra-pelviennes* et en tumeurs *intra-pelviennes*.

Dans *les tumenrs extra-pelviennes*, lorsque ces tumeurs sont normales, *physiologiques* (ce terme indiquant l'absence de tout travail inflammatoire, de torsion, etc.), *leur volume seul est à considérer*. Car le kyste, par sa distension considérable, peut être une menace d'asphyxie en entravant le jeu du diaphragme. Dans ces cas, il faut intervenir soit *en ponctionnant la tumeur*, soit en l'enlevant, *en pratiquant l'ovariotomie*.

La *ponction de la tumeur* paraît, au premier abord, l'opération la plus simple à pratiquer, et cependant elle peut devenir très dangereuse, parce que souvent le travail se déclare avant que la cicatrisation de la plaie faite par le trocart soit complète. Il peut alors y avoir issue du liquide kystique, péritonite et mort. Un cas de ce genre a été observé à la Maternité il y a trois ans.

D'autre part cette ponction ne guérit pas la femme de sa tumeur ; elle n'est qu'une *opération d'attente* qui, lorsqu'elle est pratiquée au début de la grossesse, alors que l'utérus est encore peu contractile, pourra permettre à la femme d'atteindre, sans trop de dangers, le terme de sa gestation. Mais si

l'on est appelé plus tard, il sera *préférable d'avoir recours à l'ovariotomie.*

La grossesse n'est plus une contre-indication à la pratique d'une pareille opération. Les succès de Spencer Wells, de Schrœder, etc., sont de nature à encourager les chirurgiens à persévérer dans cette voie.

Cependant si un travail inflammatoire antérieur a pu faire craindre l'existence d'adhérences nombreuses et étendues de nature à compliquer considérablement une semblable intervention chirurgicale, je crois qu'il vaut mieux s'abstenir et pratiquer une ponction au niveau des adhérences, si la tumeur ovarique menace par son volume d'asphyxier la parturiente.

Quand on peut soupçonner l'existence d'adhérences entre le kyste et l'utérus, ou la présence d'une des trompes dans le pédicule ovarique, il faut, autant que possible, s'efforcer de différer l'ovariotomie jusqu'au septième mois; car, malgré toutes les précautions que l'on pourra prendre lorsqu'on sectionnera une partie de l'utérus gravide, cet organe est si irritable, que sa contractilité ne tardera pas à se développer et à expulser consécutivement le produit de conception. Il est donc à désirer que ce travail prématuré puisse être suivi de la naissance d'un fœtus viable; aussi faudra-t-il tâcher par tous les moyens possibles, d'atteindre le terme de la viabilité fœtale, quand une pareille opération ne sera pas impérieusement et immédiatement commandée.

Mais le plus souvent une tumeur ovarique simple, d'un volume moyen, permettra à la grossesse d'aller jusqu'au bout, et l'accouchement pourra s'effectuer, comme dans l'exemple que nous venons de rapporter, sans que l'on soit obligé d'intervenir.

Les tumeurs *intra-pelviennes*, par contre, sont en général d'un volume bien moindre et, c'est précisément à cause de leur petitesse qu'elles restent dans le petit bassin, le plus souvent logées dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Cependant,

bien que petites, comparativement au volume considérable des tumeurs ovariques sus-pelviennes, leur grosseur respective a une très grande importance, car une tumeur de quatre à cinq centimètres de diamètre peut quelquefois opposer un obstacle insurmontable à l'expulsion du fœtus, surtout lorsqu'elle est *enclavée* et *irréductible*.

Cet *enclavement peut être produit par des adhérences anciennes;* mais, comme elles sont le résultat d'une inflammation antérieure, on les reconnaît le plus souvent assez tôt pour pouvoir intervenir à temps; leur origine inflammatoire ayant déjà attiré l'attention du médecin vers les organes contenus dans le petit bassin.

Il n'en est plus de même dans les cas où *l'enclavement est produit par le fœtus*. Celui-ci, poussé pendant le travail dans l'excavation, refoule à son tour au-devant de lui, la tumeur contenue dans le cul-de-sac péritonéal. Dans de pareilles circonstances, l'accouchement peut être impossible, le diamètre minimum du canal génito-pelvien ne permettant plus à un fœtus de passer.

Il faut donc, *pour que l'accouchement* se fasse, ou que *la tumeur intra-pelvienne soit refoulée* dans la cavité sus-pelvienne, ou qu'elle *soit amoindrie*.

On a vu dans quels cas ce refoulement était impossible; quant à la diminution de la tumeur, à son amoindrissement, il ne sera possible que si la tumeur est liquide, si elle est une véritable tumeur kystique; une ponction pratiquée par la voie vaginale en diminuera le volume et rendra l'accouchement possible en désobstruant le canal pelvien.

Mais, si la tumeur est solide, irréducticle, non susceptible d'être diminuée par une ponction faite même avec un fort trocart, la situation devient grave. Dans ces cas il faut agir comme si on se trouvait en présence d'un fibrome enclavé ou mieux d'un rétrécissement du bassin et recourir soit à l'embryotomie, soit à l'opération césarienne.

Il est donc très important de faire le diagnostic de ces tumeurs le plus tôt possible, afin de pouvoir les refouler avant

leur enclavement par l'engagement du fœtus dans l'excavation.

Nous terminerons ces quelques considérations en disant que les tumeurs ovariques sont surtout dangereuses au point de vue obstétrical lorsqu'elles sont trop petites ou lorsqu'elles sont trop volumineuses.

Trop petites, elles sont intra-pelviennes, peuvent s'enclaver et demeurer irréductibles.

Trop volumineuses, elles gênent par leur grosseur le jeu du diaphragme et deviennent une cause d'asphyxie.

Ce sont les kystes ovariques extra-pelviens *d'un volume moyen* qui, lorsqu'ils sont normaux, exempts de complications, présentent le moins de dangers et sont le plus compatibles avec un accouchement spontané. L'observation que nous venons de rapporter nous paraît être à l'appui de cette manière de voir.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

ET EN PARTICULIER DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC DOUBLE SUTURE DE L'UTÉRUS PAR LA MÉTHODE DE SÆNGER.

Par **J. Potocki**, interne des hôpitaux.

(SUITE ET FIN) (1).

Les *sutures superficielles* doivent être encore plus nombreuses ; entre deux sutures profondes successives on doit en appliquer deux ou trois, de sorte qu'on arrive généralement au chiffre de 15-20-25 sutures superficielles. Elles sont faites avec du fil de soie fin phéniqué. L'aiguille doit traverser deux fois la séreuse de chaque côté (suture de Lembert) et pénétrer légèrement dans le tissu musculaire (fig. 9).

Au moment de la torsion des fils profonds, un aide avec

(1) Voy. *Annales de Gynécologie*, mars, avril et mai 1886.

une pince rabat les feuillets séreux dans la plaie, de sorte que l'accolement de ces feuillets dans l'intervalle des premières sutures se maintient de lui-même et rend plus facile l'adossement au moment des sutures superficielles. On coupe les fils ras et on les abandonne comme les fils profonds. La suture étant achevée, on enlève le lien élastique qui assurait l'hémostase provisoire. Quelquefois alors, quand la circulation se rétablit dans l'utérus, il se produit en quelques points un léger écoulement sanguin ; il suffit, pour l'arrêter, d'appliquer en ces points des sutures superficielles. Si du sang s'écoule au niveau des orifices d'entrée des fils profonds, on fera des sutures hémostatiques à la soie, en suivant le procédé adopté dans l'hystérectomie.

La plaie utérine est maintenant bien fermée, indépendante à la fois de la cavité péritonéale et de la cavité utérine qu'elle isole.

Les deux surfaces péritonéales sont réunies au bout de quelques heures, la réunion des deux feuillets musculaires est un peu plus lente à se produire. Cela résulte avec toute évidence de l'examen des utérus des femmes mortes quelques heures après l'opération ; comme dans les cas de Beumer, de Drysdale... (voir plus loin les observations). Les sutures ont été trouvées intactes d'une façon constante, maintenant exactement fermée la plaie qui ne peut fournir aucun écoulement sanguin, qui ne peut se laisser traverser par aucun liquide épanché dans l'utérus.

Les morts que nous avons à enregistrer ne peuvent être attribuées au mode de suture ; elles sont dues à toute autre cause et se seraient produites, au moins quelques-unes d'entre elles, quel qu'eût été le procédé d'opération césarienne, employé.

Il ne sera pas inutile, croyons-nous, d'indiquer dans un tableau succinct les préparatifs et les divers temps de l'opération de Sänger. Nous n'avons pas voulu y insister afin d'éviter des redites. Ce tableau résumera d'ailleurs les différents chapitres de notre mémoire et rappellera les faits définitive-

ment acquis aujourd'hui concernant le manuel opératoire de l'opération césarienne moderne.

I. — *Objets et Instruments nécessaires à l'opération.*

1° Rasoir. Savon. Brosse. Plusieurs litres de solution d'acide phénique à 5 0/0 et de solution de sublimé à 1 0/00. Ether. Eau chaude à 50°. Eau froide à 10°. 6 éponges plates pour la plaie. 6 éponges abdominales. 6 serviettes douces. 10 gr. d'iodoforme. 1 paquet de gaze iodoformée. 1 paquet de ouate salicylée. Pansement de Lister. Bandage de corps en flanelle.

2° Appareil à chloroformisation. Morphine. Ether. Ergotine pour injection sous-cutanée. Seringue de Pravaz.

2° 1 bistouri ordinaire, 1 bistouri boutonné, 1 sonde cannelée. 2 pinces à griffes. 6 pinces hémostatiques. Ciseaux droits. 1 aiguille à manche. 1 aiguille de Reverdin. 1 porte-aiguilles. Aiguilles droites et courbes. Fil d'argent fort. Fil de soie antiseptique (de deux grosseurs). 1 mètre de tube de caoutchouc de 5 millimètres de diamètre.

II. — *Différents stades de l'opération.*

1° Préliminaires.	Lavement évacuateur. Cathétérisme de la vessie. Raser la paroi abdominale, le pubis et les organes génitaux. Désinfection de la paroi abdominale, des organes génitaux externes, du vagin et du col.
2° Incision sur la ligne blanche, de 16 centimètres environ de longueur.	Quand l'incision est médiane, il n'y a pas de muscles à éviter. Elle doit correspondre au tiers moyen de la hauteur de l'utérus, contourner l'ombilic à gauche, l'ombilic en occupera à peu près le milieu.
3° Application de trois sutures	Elles ont pour but d'assurer une rapide projection en arrière des

d'argent ou de soie à travers la paroi abdominale à sa partie supérieure.	parois abdominales sur l'utérus et d'empêcher la hernie de l'intestin; plus tard elles pourront être utilisées pour la suture.
4° Redressement de l'utérus qui est ramené par l'aide sur la ligne médiane.	Utérus fréquemment dévié à droite et comme conséquence annexes gauches plus antérieures.
5° Incision de l'utérus sur la paroi antérieure, la ligne médiane et le tiers moyen : *a. in situ* ou *b.* Amené au dehors (méthode de Müller), mais seulement dans les cas de putréfaction de l'œuf.	
6° Extraction du fœtus.	
7° Utérus amené hors du ventre et	Application d'une éponge abdominale (ou d'une serviette douce) derrière l'utérus; traction sur les sutures abdominales maintenues à l'aide de pinces à pression.
8° Couché sur une éponge ou sur une serviette douce.	Eventuellement, en cas d'hémorrhagie, compression manuelle du segment inférieur de l'utérus et du col.
9° Application du tube en caoutchouc, maintenu serré à l'aide d'une pince fixée au point de croisement.	
10° Attendre l'expulsion spontanée du placenta ou l'extraire avec les membranes.	S'assurer de la perméabilité de l'orifice interne de l'utérus.
11° Saupoudrer de poudre d'iodoforme la cavité utérine et le col.	A l'occasion, lavage de l'utérus avec la solution phéniquée ou sublimée; irrigation par l'utérus du col et du vagin.

Ou bien employer un des autres procédés décrits plus haut.

12° Suture.

a. Préparation : Dissection jusqu'à une profondeur de 3-5 millimètres de chaque côté. Résection musculaire de 2 millimètres.

S'abstenir de préparation si les lèvres de la plaie s'accolent exactement et si la séreuse n'est pas rétractée.

b. Placement des fils : profonds, séro-musculaires, 8-10 (argent) ;

Superficiels, séro-séreux, 20-25 (soie).

Eviter la muqueuse. Replier les fils d'argent. Suture de Lembert, renversement modéré de la séreuse.

13° Enlèvement du tube de caoutchouc. Toilette de l'utérus. Plaie saupoudrée d'iodoforme. Renversement de l'utérus dans le ventre.

Au besoin nouvelles sutures aux points qui saignent.

Renversement en antéversion de sorte qu'aucune anse intestinale ne puisse s'interposer entre l'utérus et la paroi abdominale.

Exercer une compression modérée.

Bandelettes agglutinatives fixées seulement de chaque côté et ne faisant pas le tour du ventre, préférables au bandage de corps, parce qu'elles permettent la distension du ventre (Sänger).

14° Suture profonde et superficielle (argent) de la paroi abdominale. Plaie saupou-

Vessie de glace sur le ventre immédiatement après l'opération.

drée d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate salicylée, bandage de corps.	
Ou pansement de Lister.	
15° Traitement consécutif, aussi simple et aussi peu actif que possible.	S'abstenir de faire des injections vaginales tant que le pouls et la température sont normaux, tant qu'il n'y a pas de rétention lochiale. Dans les premiers jours, opium et glace.

Résultats. — En consultant le tableau, on voit qu'il a été fait jusqu'ici 26 opérations césariennes par la méthode de Sänger, primitive, ou modifiée seulement dans des points de détails.

Les chiffres bruts indiquent :

Pour les mères, 19 guérisons.....	73,1	p. 100.
— 7 morts........	26,9	—
Pour les enfants, 23 nés vivants...	88,4	—
— 3 morts.........	11,6	—

Il est inutile d'insister sur l'éloquence de pareils chiffres.

Mais nous pouvons aller plus loin et ne pas nous contenter d'une statistique brute. A quoi sont dues les 7 morts?

3 fois la malade était infectée avant l'opération (cas n° 10, Léopold ; n° 11, Münster ; n° 13, Drysdale).

2 fois les femmes moururent d'affections graves indépendantes de l'opération (n° 2, Beumer ; n° 3, Garrigues).

Il est remarquable que, sur ces 7 morts, 3 sont dues aux 3 opérations faites en Amérique. On peut, avec R. Harris, en trouver la raison dans le retard mis à l'opération (1).

De ces 7 morts, 4 au moins ne peuvent en aucune façon

(1) Harris. *Amer. Journal of med. sc.*, oct. 1885.

être attribuées à l'opération. Elles sont dues à des circonstances qu'aucune section césarienne n'eût pu éviter, et qui même auraient été capables d'amener la mort de la femme, quel qu'eût été le mode d'intervention. Ce sont les 3 cas du premier groupe où l'infection était antérieure à la section du ventre, et le cas de Beumer, où la femme mourut d'une pyélonéphrite double.

Il nous resterait ainsi 3 morts qu'on peut, pour ne pas être taxé de partialité, compter comme morts opératoires : ce qui donnerait alors 3 morts sur 26 opérations.

Qu'on nous pardonne de ne pouvoir résister à la tentation de réunir en un groupe les 16 opérations faites à Dresde et à Leipzig. Cela ne sera pas sans intérêt. Nous trouvons alors :

10 opérations faites par Léopold et son assistant Korn,
6 — — Sänger et ses assistants Obermann et Donat, qui fournissent :

15 guérisons pour les mères, soit... 93,7 p. 100.
16 enfants vivants................ 100 —

Résultats invraisemblables, mais cependant réels !

On ne saurait objecter les conditions favorables dans lesquelles se sont placés ces auteurs pour opérer, car c'est dans des conditions semblables qu'il faudrait toujours entreprendre la section césarienne. A quoi sert d'attendre que la femme soit épuisée, pourquoi l'examiner incessamment pour suivre les progrès du travail, quand on est décidé à la section du ventre ? Depuis longtemps, on a écrit que les succès sont en raison directe de la rapidité de la décision.

Beaucoup d'opérations couronnées de succès ont été faites dans des cas de rétrécissements du bassin passibles de la crâniotomie ; nous nous sommes déjà expliqué plus haut à ce sujet. Nous ferons seulement remarquer que le degré du rétrécissement ne peut avoir aucune influence sur le résultat d'une opération où il n'entre que comme facteur d'indication.

Que l'on opère pour un rétrécissement de 4 cent. ou un rétrécissement de 7 cent., il ne nous semble pas que la plaie utérine doive se comporter différemment.

L'opération a donné de bons résultats dans des cas d'indication relative; il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas de même alors qu'il s'agira d'une indication absolue à la section césarienne. C'est dire que chaque accoucheur est en droit d'attendre des succès aussi grands que les précédents, si, en adoptant la double suture de l'utérus, il consent à opérer :

1° Au début du travail ;

2° Après des examens aussi rares que possible ;

3° En observant une antisepsie rigoureuse.

Les conclusions se tirent d'elles-mêmes.

L'excellence de la méthode de Sänger est démontrée par les faits. C'est à elle qu'il faudra dorénavant donner la préférence quand on conservera l'utérus.

M. le professeur Tarnier disait, il y a quelques jours, dans son cours à la Faculté de médecine : « A l'avenir, je suturerai l'utérus par la méthode de Sänger, après l'opération césarienne. »

TABLEAU des opérations césariennes

NUMÉROS.	DATE.	OPÉRATEUR.	AGE et nombre des accouchements.	INDICATIONS.	DURÉE du travail avant l'opération. État de la femme au moment de l'opération.	MANUEL OPÉRATOIRE.
1	23 mai 1882.	Léopold (Leipzig) 1er cas.	29 ans, II pare.	Bassin rachitique généralement rétréci. Diam. prom. pub. min., 6 cent.	Environ douze heures. Bon.	Dissection de la séreuse, r... section du musculaire, 8 su... tures d'argent profondes, 12 d... soie superficielles.
2	11 sept. 1882.	Beumer (Greifswald)	41 ans, VI pare.	Fibro-myôme.	Depuis plusieurs jours, légères douleurs. Défavorable ; fièvre vive.	Dissection de la séreuse, ré... section de la musculaire, 7 ... tures profondes, 4 sutures ... perficielles.
3	6 oct. 1882.	Garrigues (New-York)	30 ans, I pare.	Rétrécissement du bassin par cyphose lombo sacrée (Carie des trois dernières vertèbres lombaires et du sacrum. Synostose sacro-iliaque gauche).	Environ dix heures. Hémorrhagie au début du travail. Défavorable (femme affaiblie, cachectique).	12 sutures profondes com... prenant toute l'épaisseur d... parois utérines, 12 sutures ... perficielles n'intéressant qu... le péritoine (soie).
4	4 oct. 1883.	Léopold (Dresde) 2e cas.	23 ans, I pare.	Bassin plat rachitique généralement rétréci. Diam. prom pub. min., 6 cent.	Huit heures. Bon.	Dissection ; résection. 7 su... tures d'argent profondes, 1... sutures de soie, tant profon... des que superficielles.
5	13 mars 1884.	Léopold (Dresde) 3e cas.	30 ans, II pare.	Bassin généralement rétréci Diam. prom. pub. min., 7 cent.	Trente heures. Bon.	Dissection ; résection, 5 su... tures d'argent profondes, ... sutures de soie profondes ... superficielles.
6	17 juill. 1884.	Oberg (Hambourg)	37 ans, I pare.	Rétrécissement du bassin. Diam. prom. pub. min. 6 cent.	Orifice utérin presque agglutiné ; poche des eaux intacte. Bon.	Dissection de la séreuse ; résection ; 10 sutures profon... des avec fils de soie forts. 1... sutures superficielles avec fil... de soie mince.
7	29 sept. 1884.	Ehrendorfer, assistant de Spaeth (Vienne).	29 ans, IV pare.	Volumineuse tumeur fibreuse développée dans la cavité abdominale et l'excavation pelvienne.	Environ deux jours. Défavorable.	Pas de préparation de la plaie ; 6-7 sutures de soie pro... fondes. Grand nombre de su... tures de soie superficielles com... prenant spécialement le péri... toine.
8	16 nov. 1884.	Sänger (Clinique d'accouch., Leipzig, 1er cas.	21 ans, I pare.	Bassin plat, rachitique, généralement rétréci. Diam. prom. pub. min. 6-6, 5 cent.	Quelques heures. Bon.	Dissection de la séreuse jusqu'à 3 4 millimètres de profondeur. Résection de la mus... culaire sur une épaisseur de 1-2 millimètres. 8 sutures d'argent profondes ; 20 sutures de soie superficielles.

faites d'après la méthode de Sänger.

RÉSULTAT.		CAUSE DE LA MORT de la mère. État de la plaie utérine à l'autopsie.	REMARQUES.	INDICATIONS bibliographiques
Mère.	Enfant.			
Guérison.	Vivant.		Pouls et température normaux à partir du neuvième jour. La femme se lève le dix-neuvième jour.	*Arch. f. Gynä* B. XIX, H. 3.
Mort 40 h. après l'opération.	Vivant.	Pyélonéphrite double. *Plaie utérine fermée.*	Temp., 38°,7; Pouls, 84, avant l'opération.	*Arch. f. Gynä* B. XX, H. 3.
Mort 52 h. après l'opération.	Mort-né.	Epuisement. Affection cardiaque, ascite, reliquats d'ancienne pleurésie, pas de péritonite. Le péritoine et les 2/3 externes de la *plaie utérine réunis* par première intention, le 1/3 interne du côté de la muqueuse n'est pas réuni.	Femme déjà dans le collapsus avant l'opération. P., 124.	*Amer. Journ. Obst.*, 1883, v. X
Guérison.	Vivant.		Suites de couches compliquées par la formation d'un hématome extra-péritonéal et d'un exsudat péri-utérin. Au bout de six semaines, issue par la paroi abdominale de quelques fils d'argent et de soie.	*Arch. f. Gynä* B. XXIV, H. 3.
Guérison.	Vivant.		Nécrose probable du tissu à l'angle inférieur de la plaie utérine. Abcès de la paroi abdominale consécutif Issue du tissu mortifié avec un fil de soie au bout de quatorze jours.	*Id.*
Guérison.	Jumeaux 1er vivant, 2e macéré.		Péritonite légère, phlegmatia alba de la veine fémorale gauche. Pleurésie exsudative.	Tableau de Säng *Arch. f. Gynä* B. XXVI, H. 2, S. 2
Mort le 6e jour.	Vivant.	Péritonite purulente. *Plaie utérine fermée.* Nécrose de la plaie au niveau du fond, entre les fils.	On fut obligé de diriger l'incision de l'utérus obliquement du fond vers l'insertion inférieure des annexes gauches.	*Arch. f. Gynä* B. XXVI, 1.
Guérison.	Vivant.	—	Suites de couches apyrétiques. Six mois et demi après l'opération, on trouve l'utérus normal et tout à fait mobile.	*Archiv. f. Gynä* B. XXVI, 2.

NUMÉROS.	DATE.	OPÉRATEUR.	AGE et nombre des accouchements.	INDICATIONS.	DURÉE du travail avant l'opération. Etat de la femme au moment de l'opération.	MANUEL OPÉRATOIRE.
9	28 nov. 1884.	Léopold (Dresde) 4e cas.	26 ans, II pare.	Bassin plat, rachitique, rétrécissement considérable. D.pr.pub.min., 6 cent. Rétrécissement cicatriciel du col.	Vingt - huit heures. Défavorable (fièvre ; Temp., 38°,5 ; P., 120.	Dissection de la séreuse; p[illegible] de résection de la muscula[illegible] Sutures d'argent profond[illegible] sutures de soie profondes [illegible] superficielles avec adosseme[illegible] des séreuses.
10	5 déc. 1884.	Léopold (Dresde) 5e cas.	23 ans, I pare.	Rétrécissement considérable du bassin.	Seize heures. Bon.	Pas de préparation de [illegible] plaie (ni dissection, ni ré[illegible] tion). 6 sutures d'argent pr[illegible] fondes ; 6 sutures de soie pr[illegible] fondes ; 10 sutures de [illegible] superficielles.
11	3 sept. 1883.	Münster (Königsberg)	32 ans, I pare.	Tumeur du bassin (fibro-sarcome du sacrum et secondairement de l'utérus).	Trois jours. Défavorable. Femme infectée avant l'opération. Physométrie.	Extraction de l'utérus [illegible] incisé par la méthode de M[illegible] ler. Compression manuelle [illegible] segment inférieur de l'utér[illegible] Dissection profonde de la s[illegible] reuse ; résection étendue [illegible] la musculaire (sur une larg[illegible] de 1 cent.). 10 sutures de s[illegible] profondes et 15 sutures de s[illegible] moyennement profondes [illegible] superficielles.
12	26 déc. 1883.	Jewett (Brooklyn)	46 ans, XI pare.	Cancer du col de l'utérus.	Neuf heures. Défavorable. Anémie. Cachexie.	Pas de préparation de [illegible] plaie. 20 sutures de soie (au [illegible] blimé) profondes et supe[illegible] cielles. Drainage de l'utér[illegible]
13	12 nov. 1884.	Drysdale (Philadelphie).	37 ans, I pare.	Myôme utérin.	Deux semaines. Défavorable. Adynamie. Anémie. P., 124.	Pas de préparat. de la pl[illegible] 11 sutures de soie profo[illegible] et 11 superficielles (Méth[illegible] de Lembert).
14	3 juill. 1885.	Sänger (Clinique d'accouch., Leipzig) 2e cas.	32 ans, IV pare.	Rétrécissement du bassin. *Indication relative*. (3 accouchements successifs d'enfants morts après un travail prolongé.)	Environ trente-six heures. Bon.	Résection de petites bandelettes musculaires (de 1 à 1,5 mill.), dissection de la séreuse (3-4 mill.). 7 sutures profondes d'argent, 16 sutures de soie superficielles.
15	2 août 1885.	Obermann, assistant de la Clinique d'accouch., Leipzig, 3e cas.	42 ans, I pare.	Bassin rétréci, *indication relative*.	Environ trente-six heures. Bon.	Dissection de la séreuse (3-5 mill.), 8 sutures profondes, 18 superficielles, toutes à la soie, les fils d'argent s'étant tous rompus.
16	20 oct. 1885.	Sänger (Clinique d'accouch., Leipzig) 4e cas.	38 ans, IV pare.	Bassin rétréci, *indication relative* (3 craniotomies successives).	Provocation de l'accouchement prématuré huit jours auparavant, au domicile de la parturiente.	Résection minime à l'extrémité inférieure de la plaie. Dissection (3-4 mill.). 8 sutures d'argent profondes, 29 sutures superficielles de Lembert.

RÉSULTAT. Mère.	Enfant.	CAUSE DE LA MORT de la mère. Etat de la plaie utérine à l'autopsie.	REMARQUES.	INDICATIONS bibliographiques.
...rt le 5e ...	Vivant.	Péritonite septique. *Plaie utérine complètement fermée.* Bords de la plaie exactement accolés. Cavité utérine normale.	Péritonite ayant débuté avant l'opération. Le segment inférieur de l'utérus, contus, œdématié, incisé pendant l'opération, a été la source de l'infection.	*Archiv. f. Gynäk.* B. XXVI, H. III.
...érison.	Vivant.	—	Dans la convalescence, quelques fils de soie furent expulsés par l'angle inférieur de la plaie. Au bout de cinq mois, 6 fils d'argent et 6 fils de soie sortirent par un trajet fistuleux. Etat général excellent. Menstruation normale.	*Id.*
...rt le 4e ...	Né en état d'asphyxie. N'a pas été ranimé.	Endométrite. Péritonite septique. *Plaie utérine complètement réunie.* Aucun des fils n'a coupé les tissus.	Femme infectée avant l'opération et atteinte de tumeur maligne.	*Central. f. Gynäk.* 1886, nº 6.
...rt 45 h. ... l'opé...n.	Vivant.	Péritonite septique. *Plaie utérine réunie dans toute son épaisseur.*	Infection produite pendant l'opération. Dans le même hôpital régnait l'érysipèle. Pronostic rendu aussi très grave par l'existence du cancer.	*The New-York med. Journ.*, 1885, 29 août.
...rt 26 h. ... l'opé...n.	Putréfié.	Septicémie. *Péritoine réuni*, musculaire béante, parois utérines épaissies par l'envahissement néoplasique.	Infectée avant l'opération.	Harris. *Du choix des méthodes dans l'opération césarienne* (*The Amer. Journ. of the med. Sc.*, oct. 1885).
...érison.	Vivant.	—	Absence de réaction.	*Arch. f. Gynäk.* B. XXVII, 2.
...érison.	Vivant.	—	Du quatrième au neuvième jour, élévation de la température et du pouls par rétention lochiale, puis suites normales.	*Id.*
...érison.	Vivant.	—	Absence de réaction.	*Id.*

NUMÉROS.	DATE.	OPÉRATEUR.	AGE et nombre des accouchements.	INDICATIONS.	DURÉE du tavail avant l'opération. Etat de la femme au moment de l'opération.	MANUEL OPÉRATOIRE.
17	9 déc. 1885.	Sänger (Clinique d'accouchement, Leipzig) 5e cas.	35 ans, IV pare.	Rétrécissement du bassin, *indication relative.*	Rupture des membranes 3 jours auparavant. Bon.	Résection de quelques la beaux de tissu muscul saillants. Dissection sur largeur de 3 mill. 7 su res d'argent profondes, 20 tures de soie superficielles
18	13 févr. 1886.	Donat, assistant de la Clinique d'accouchement, Leipzig) 6e cas.	34 ans, IV pare.	Rétrécissement du bassin. *Indication relative.*	Quatorze heures. Bon.	Résection de quelques la beaux musculaires. Dissect de 3 millimètres. 7 sutu d'argent profondes; 24 sutu de soie superficielles.
19	16 sept. 1885.	Léopold (Dresde) 6e cas.	33 ans, VI pare.	Myôme utérin.	Dix-sept heures. Bon.	Aucune préparation de plaie. Sutures d'argent pr fondes; sutures de soie sup ficielles avec adossement séreuses.
20	10 janv. 1886.	Léopold (Dresde) 7e cas.	20 ans, I pare.	Rétrécissement du bassin. Indication absolue. Diamètre prom. pub. min., 5.	Douze heures. Rupture des membranes cinq heures avant l'opération. Bon.	*Id.*
21	8 févr. 1886.	Korn, assistant à la Maternité de Dresde 8e cas.	30 ans, II pare.	Rétrécissement du bassin. Bassin généralement rétréci. Diam. prom. pub. min, 6,5.	Quatorze heures. Bon.	*Id.*
22	3 mars 1886.	Léopold (Dresde) 9e cas.	29 ans, III pare.	Rétrécissement du bassin. Diamètre prom. pub. min., 6 1/2 à 6 3/4.	Environ sept heures. Rupture des membranes au moment de l'opération. Bon.	*Id.*
23	14 mars 1886.	Léopold (Dresde) 10e cas.	28 ans, III pare	Rétrécissement du bassin. Bassin plat, généralement rétréci. Diam. pr. pub. min., 6 1/2.	Quatorze heures. Rupture des membranes au moment de l'opération.	*Id.*
24	26 sept. 1885.	Schauta (Innsbruck)	22 ans, I pare.	Bassin généralement rétréci. Indication absolue. D. pr. pub. min., 6,5.	Seize heures. Bon.	Pas de préparat. de la plaie 10 sutures profondes d'ar gent; 34 sutures superficielles de soie.
25	25 janv. 1886.	S. Schultze (Clinique d'accouchement, Iéna)	32 ans, I pare.	Rétrécissement du bassin. *Indication relative.*	Vingt-quatre heures. Bon.	5 sutures profondes d'ar gent; 3 sutures profondes d soie; 3 sutures séro-séreuse de soie.
26	7 avril 1886.	Sippel (Francfort-s.-le-Mein).	32 ans, VII pare.	Indication absolue. Ostéomalacie.	Trois jours. Bon. Apyrexie. Utérus presque tétanisé Poche des eaux rompue depuis cinq heures.	Grande incision utérine fai pour extraire sans contus de la plaie la tête fœtale, clavée dans le segment inf rieur. 12 sutures de soie pr fondes; 20 sutures sup ciells.

RÉSULTAT.		CAUSE DE LA MORT de la mère. Etat de la plaie utérine à l'autopsie.	REMARQUES.	INDICATIONS bibliographiques.
Mère.	Enfant.			
uérison.	Vivant.	—	Suites de couches particulièrement normales.	*Arch. f. Gynäk.*, B. XXVIII, 1.
uérison.	Vivant.	—	Absence de réaction.	*Archiv. f. Gynäk.*, B. XXVIII, 1.
uérison.	Vivant.	—	*Id.*	*Id.*
uérison.	Vivant.	—	*Id.*	*Id.*
uérison.	Vivant.	—	*Id.*	*Id.*
uérison.	Vivant.	—	*Id.*	*Id.*
uérison.	Vivant.	—	*Id.*	*Id.*
Guérison.	Vivant.	—	*Id.*	*Wien. med. Wochenschr.*, 1886, n° 2-3.
Guérison.	Vivant.	—	*Id.*	Skutsch. *Arch. f Gynäk.*, B. XXVIII, 1
Guérison.	Vivant.	—	Petit abcès de la paroi abdominale. D'ailleurs, absence de réaction.	Tableau de Crédé (*Arch. für Gynäk.* B. XXVIII, 1.)

OBSERVATIONS RÉSUMÉES.

OBSERVATION I.

Opération faite par Léopold, privatdocent à Leipzig, à la clinique de Credé.

B..., 29 ans. En 1881, céphalotripsie, suites de couches pathologiques.

Deuxième grossesse au terme de cinq mois, lors du premier examen de Léopold, le 18 janvier 1882. Taille, 1^m,25; promontoire très saillant; diamètre promonto-sous-pubien, 7 cent. 3/4; promonto-pubien minimum, 6 centimètres. Détroit supérieur facilement accessible; bassin plat rachitique généralement rétréci en forme de cœur de carte à jouer.

Léopold expose aux parents la possibilité d'avoir un enfant vivant par l'accouchement prématuré, mais un enfant qui est destiné à bientôt mourir, et que l'opération césarienne est seule capable de lui conserver la vie. La mère et le père, qui désirent beaucoup un enfant vivant, donnent leur consentement à cette opération.

Le 24 mai, la femme entre en travail.

Le 25. Orifice de la grandeur d'une pièce de cinq francs; poche en boudin. Fœtus vivant, se présentant par l'épaule.

Opération faite à cinq heures du soir par Léopold. Chloroformisation. Lavages antiseptiques du ventre et des organes génitaux. Redressement de l'utérus et du fœtus par manœuvres externes, de sorte que la tête du fœtus surplombe le détroit supérieur. Incision de la ligne blanche descendant à 4 centimètres du pubis. Deux sutures provisoires sont appliquées à l'angle supérieur de la plaie abdominale.

Perforation artificielle des membranes par le vagin, suivie de l'issue d'une grande quantité de liquide. Incision rapide de l'utérus et des membranes, sur la ligne médiane, de 12 centimètres de longueur, partant du fond de l'utérus et arrivant jusqu'au segment inférieur, pendant qu'un aide appuie fortement les parois abdominales contre l'utérus. Quelques gouttes seulement de liquide amniotique passent dans le péritoine. Extraction du fœtus dont le bras gauche se présente le premier. Ce fœtus, qui crie aussitôt, est remis à une infirmière ; poids, 3,500 grammes ; longueur, 49 centimètres. A l'angle inférieur de la plaie utérine se trouvent deux gros vaisseaux qui laissent couler une assez grande quantité de sang. On sort du ventre l'utérus qui se tient

verticalement; l'aide ramène en arrière de lui les parois abdominales bien au contact et à l'aide des deux sutures ferme provisoirement la plaie abdominale. Pour empêcher tout passage ultérieur de liquide dans le ventre, on recouvre la plaie abdominale d'une lame de gutta-percha laminé préalablement trempée dans de l'acide phénique à 5 p. 100.

Application d'un tube en caoutchouc autour du col. Extraction du délivre. Après qu'une éponge phéniquée fut introduite dans la cavité utérine, Léopold passe à la préparation de la plaie. D'abord la dissection du péritoine est faite en sectionnant avec un bistouri la séreuse à 1 millimètre au-dessous de la surface épithéliale, la bande séreuse a 5 millimètres de largeur aux angles de la plaie et 1 centimètre vers son milieu. La séreuse disséquée une fois relevée, il sectionne de chaque côté avec un bistouri pointu une bande musculaire en tranche de melon, dont la base correspond à la séreuse préparée, dont le bord tranchant est formé par une petite languette de muqueuse.

Sutures. Huit sutures profondes d'argent n'intéressant pas la caduque sont appliquées à égale distance les unes des autres et serrées, après enlèvement de l'éponge placée dans la cavité de la matrice, en prenant soin d'invaginer la séreuse avant de tordre les fils. Entre elles on place encore douze sutures superficielles à la soie phéniquée qui ferment très exactement la plaie.

Au milieu de l'opération, B... devient subitement pâle et froide sous l'influence du chloroforme, car elle n'a pas, à beaucoup près, perdu autant de sang que dans un accouchement normal. On se hâte de sectionner les fils et de replier en dedans les pointes de fils métalliques. On enlève le tube élastique. La toilette de l'utérus est faite avec une solution phéniquée à 5 pour 100, et l'organe renversé dans le ventre après une toilette suffisante du péritoine à peine maculé. Seize sutures de soie ferment la plaie abdominale sur laquelle on applique un pansement de Lister.

Après deux injections d'éther et quatre injections d'ergotine, B... est remise dans son lit où elle se réveille bientôt, n'éprouvant aucune douleur. L'opération avait duré une heure.

Pendant les trois premiers jours, suites de couches normales, sans grande élévation de température. Le premier jour lochies en faible quantité; les deux jours suivants elles manquent complètement.

La température s'élève le 29 mai et oscille jusqu'au matin du 2 juin entre 38°,2 et 39°,2, pour redevenir normale le soir de ce même jour.

Le 28 mai et le 1er juin. Huile de ricin.

DATE.	OPÉRATEUR.	AGE et nombre des accouchements.	INDICATIONS.	DURÉE du travail avant l'opération. État de la femme au moment de l'opération.	MANUEL OPÉRATOIRE.
25 mai 1882.	Léopold (Leipzig) 1er cas.	29 ans, II pare.	Bassin rachitique généralement rétréci. Diam. prom. pub. min., 6 cent.	Environ douze heures. Bon.	Dissection de la séreuse, résection du musculaire, 8 sutures d'argent profondes, 12 de soie superficielles.
1 sept. 1882.	Beumer (Greifswald)	41 ans, VI pare.	Fibro-myôme.	Depuis plusieurs jours, légères douleurs. Défavorable ; fièvre vive.	Dissection de la séreuse, résection de la musculaire, 7 sutures profondes, 4 sutures superficielles.
6 oct. 1882.	Garrigues (New-York)	30 ans, I pare.	Rétrécissement du bassin par cyphose lombo sacrée (Carie des trois dernières vertèbres lombaires et du sacrum. Synostose sacro-iliaque gauche).	Environ dix heures. Hémorrhagie au début du travail. Défavorable (femme affaiblie, cachectique).	12 sutures profondes comprenant toute l'épaisseur des parois utérines, 12 sutures superficielles n'intéressant que le péritoine (soie).
4 oct. 1883.	Léopold (Dresde) 2e cas.	23 ans, I pare.	Bassin plat rachitique généralement rétréci. Diam. prom pub. min., 6 cent.	Huit heures. Bon.	Dissection ; résection, 7 sutures d'argent profondes, 14 sutures de soie, tant profondes que superficielles.
13 mars 1884.	Léopold (Dresde) 3e cas.	30 ans, II pare.	Bassin généralement rétréci Diam. prom. pub. min., 7 cent.	Trente heures. Bon.	Dissection ; résection, 5 sutures d'argent profondes, 15 sutures de soie profondes et superficielles.
17 juill. 1884.	Oberg (Hambourg)	37 ans, I pare.	Rétrécissement du bassin. Diam. prom. pub. min. 6 cent.	Orifice utérin presque agglutiné ; poche des eaux intacte. Bon.	Dissection de la séreuse : résection ; 10 sutures profondes avec fils de soie forts, 17 sutures superficielles avec fil de soie mince.
29 sept. 1884.	Ehrendorfer, assistant de Spaeth (Vienne).	29 ans, IV pare.	Volumineuse tumeur fibreuse développée dans la cavité abdominale et l'excavation pelvienne.	Environ deux jours. Défavorable.	Pas de préparation de la plaie ; 6-7 sutures de soie profondes. Grand nombre de sutures de soie superficielles comprenant spécialement le péritoine.
16 nov. 1884.	Sänger (Clinique d'accouch., Leipzig) 1er cas.	21 ans, I pare.	Bassin plat, rachitique, généralement rétréci. Diam. prom. pub. min. 6-6, 5 cent.	Quelques heures. Bon.	Dissection de la séreuse jusqu'à 3-4 millimètres de profondeur. Résection de la musculaire sur une épaisseur de 1-2 millimètres. 8 sutures d'argent profondes ; 20 sutures de soie superficielles.

faites d'après la méthode de Sänger.

RÉSULTAT. Mère.	Enfant.	CAUSE DE LA MORT de la mère. Etat de la plaie utérine à l'autopsie.	REMARQUES.	INDICATIONS bibliographiques.
Guérison.	Vivant.		Pouls et température normaux à partir du neuvième jour. La femme se lève le dix-neuvième jour.	*Arch. f. Gynäk* B. XIX, H. 3.
Mort 40 h. après l'opération.	Vivant.	Pyélonéphrite double. *Plaie utérine fermée.*	Temp., 38°,7; Pouls, 84, avant l'opération.	*Arch. f. Gynäk* B. XX, H. 3.
Mort 52 h. après l'opération.	Mort-né.	Epuisement. Affection cardiaque, ascite, reliquats d'ancienne pleurésie, pas de péritonite. Le péritoine et les 2/3 externes de la *plaie utérine réunis* par première intention, le 1/3 interne du côté de la muqueuse n'est pas réuni.	Femme déjà dans le collapsus avant l'opération. P., 124.	*Amer. Journ. o Obst.*, 1883, v. XV
Guérison.	Vivant.		Suites de couches compliquées par la formation d'un hématome extra-péritonéal et d'un exsudat péri-utérin. Au bout de six semaines, issue par la paroi abdominale de quelques fils d'argent et de soie.	*Arch. f. Gynäk* B. XXIV, H. 3.
Guérison.	Vivant.		Nécrose probable du tissu à l'angle inférieur de la plaie utérine. Abcès de la paroi abdominale consécutif Issue du tissu mortifié avec un fil de soie au bout de quatorze jours.	*Id.*
Guérison.	Jumeaux 1er vivant, 2e macéré.		Péritonite légère, phlegmatia alba de la veine fémorale gauche. Pleurésie exsudative.	Tableau de Sänge *Arch. f. Gynä* B. XXVI, H. 2, S. 2
Mort le 6e jour.	Vivant.	Péritonite purulente. *Plaie utérine fermée.* Nécrose de la plaie au niveau du fond, entre les fils.	On fut obligé de diriger l'incision de l'utérus obliquement du fond vers l'insertion inférieure des annexes gauches.	*Arch. f. Gynä* B. XXVI, 1.
Guérison.	Vivant.	—	Suites de couches apyrétiques. Six mois et demi après l'opération, on trouve l'utérus normal et tout à fait mobile.	*Archiv. f. Gynä* B. XXVI, 2.

che, un abcès du volume d'une noix. A droite et à gauche, bassinet très dilaté, rempli de liquide purulent, muqueuse fortement injectée, ecchymosée. Dans la substance corticale, nombreux abcès du volume d'une tête d'épingle ; en d'autres endroits, espaces brunâtres à centre purulent entourés d'une zone inflammatoire.

Observation III.

Opération faite par Garrigues, à New-York.

R..., 30 ans, entre le 9 septembre 1882, à la Maternité. Mal de Pott, abcès par congestion, ayant débuté à l'âge de 4 ans et pour lesquels elle fut soignée jusqu'à 11 ans. En 1879, hémopytsie. En 1881, coxalgie gauche.

Femme petite. Cyphose lombo-sacrée. Mouvements de la hanche gauche difficiles et douloureux, flexion de la cuisse, genou gauche ankylosé, la malade ne peut marcher qu'avec des béquilles. Intertrigo avec suppuration.

Le vagin admet avec difficulté deux doigts. Le détroit inférieur qui a la forme d'une étroite ellipse, irrégulière, ne mesure que 3,1 centimètre transversalement et 5,6 centimètres dans le sens antéro-postérieur. Fœtus vivant, présentation de l'épaule, tête à droite.

Vaginite et cystite purulentes. Matité aux deux sommets des poumons en arrière, râles muqueux. Respiration courte et fréquente, trente-trois par minute.

Les jours suivants, on traite l'intertrigo et la vaginite, mais la malade ne peut quitter le lit et ne cesse de vomir et de souffrir du ventre. Le pouls reste normal et la température ne monte pas au-dessus de 37°,7.

Le 6 octobre. Hémorrhagie vaginale abondante au début du travail, tamponnement. Sous l'influence des vomissements le tampon s'échappe, l'hémorrhagie se reproduit. La femme est très faible, pâle, froide. P. 124.

On n'entend plus les battements du cœur du fœtus.

Garrigues et son collègue Mundé pensent qu'on peut extraire le fœtus morcellé par le vagin, mais que l'opération serait très dangereuse et pénible ; ils écartent la gastro-élytrotomie pour ne pas exposer la femme à la suppuration qui en est la conséquence et l'amputation de Porro dont le shock opératoire amènerait presque infailliblement la mort de cette femme affaiblie ; et décident que dans le cas particulier la section césarienne donnera les meilleures chances de succès.

L'opération est faite avec toutes les précautions antiseptiques.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez grande quantité de

liquide ascitique brunâtre. 12 sutures de soie profondes comprennent toute l'épaisseur de l'utérus ; 12 sutures superficielles. Pansement de Lister.

Le lendemain soir, dyspnée, face anxieuse, léger délire, pouls filiforme, 140.

Le 8. *Transfusion* avec du sang d'homme défibriné, la transfusion réussit bien, mais reste sans effet. Mort à 2 heures du soir.

Autopsie. — Adhérence totale des poumons par ancienne pleurésie ; tubercules crétacés et fibreux ; congestion hypostatique aux deux bases. Liquide sanguinolent dans le péricarde. Cœur mou, pâle, ventricules dilatés.

Injection du péritoine pariétal ; pas de péritonite ; liquide rougeâtre en petite quantité dans la cavité du ventre.

Plaie abdominale réunie par première intention ; son bord péritonéal est recouvert d'un mince exsudat.

Utérus, 15 centimètres de longueur et 11 de largeur ; l'incision se trouve à droite, elle commence à 2 centimètres de l'insertion du ligament rond droit et descend verticalement. Pas trace d'inflammation.

L'utérus est sectionné sur sa face postérieure : son tissu est normal ; les sutures utérines sont telles qu'on les avait placées, plus rapprochées seulement les unes des autres, en raison de l'involution de l'organe. Les deux tiers externes de la plaie sont réunis par première intention, le tiers interne du côté de la caduque n'est pas encore réuni. Le bord péritonéal de la plaie est recouvert d'une mince membrane de nouvelle formation.

La description du squelette n'offre pas d'intérêt au point de vue qui nous occupe.

Observation IV.

Deuxième opération pratiquée par le professeur Léopold.

L..., 23 ans, primipare, taille 1 m. 35, signes ordinaires du rachitisme, détroit supérieur accessible sur toute son étendue. Diamètre promonto-sous-pubien 8 centimètres, promonto-pubien minimum 6 centimètres.

En travail depuis cinq heures à son entrée à la Maternité de Dresde, le 4 octobre 1883, à 7 heures du matin, la poche des eaux s'était rompue spontanément peu après l'apparition des douleurs ; enfant vivant, à terme, volumineux, O. I. G. T.

La mère et le père de l'enfant, sur le point de se marier et désirant un enfant vivant, Léopold propose la section césarienne, qui est acceptée par la mère.

A 10 heures, il commence l'opération, pendant laquelle il suit le manuel opératoire de sa première.

L'opération dure environ trois quarts d'heure.

Enfant du sexe féminin, longueur 49 centimetres, poids 2,700 gr., qui se développe très bien au sein d'une nourrice.

Le 5. Frisson. Ecoulement de sang par le vagin, arrêté par des injections d'ergotine. Quelques douleurs abdominales. Opium.

On change toutes les heures la ouate salicylée placée devant la vulve.

Le 6. Le matin, quelques douleurs de ventre.

Le soir, écoulement sanguin par le vagin ; injection d'ergotine.

On coupe légèrement à la partie supérieure le pansement qui comprime l'épigastre. Lait, vin, glace.

Le 7. Frisson, sueurs. Météorisme à la partie supérieure du ventre. Indolence. Lochies sans odeur. Douleurs de ventre lancinantes.

Le 9. Premier pansement. Absence de suppuration. La pression au niveau de la région inguinale droite, où est ressentie la plus forte douleur, fait percevoir une rénitence profonde (épanchement sanguin).

Le 11. On enlève les fils abdominaux. Rénitence entre la ligne médiane et l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Du 15 au 20. La température monte à 39°,5 et 40°, pour redescendre à la normale. Météorisme modéré. Bon état général. La rénitence diminue d'étendue de jour en jour.

Le 24 octobre (20e jour). On trouve au toucher une tumeur pâteuse qui fait saillie dans le cul-de-sac postérieur et proémine dans le cul-de-sac latéral droit.

Le 2 novembre, la malade se lève ; elle quitte l'hôpital le 15.

La plaie abdominale est bien réunie ; le col est un peu repoussé en arrière, l'utérus bien revenu sur lui-même ; dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral gauche, quelques points indurés.

Le 22 novembre, cette femme revient à la Maternité avec un abcès de la paroi abdominale par où, dans l'espace d'un mois, il sortit quelques sutures utérines de soie et d'argent ; la fistule se referma ensuite spontanément.

Observation V.

Troisième opération faite par le professeur Léopold.

H..., 30 ans, secondipare, entre à la Maternité de Dresde le 12 mars 1884. Elle accoucha une première fois avec les plus grandes difficultés, en août 1881 (version, perforation), et fut obligée de garder le lit pendant vingt-neuf jours.

Taille, 1 m. 28 ; pâleur, amaigrissement, haut degré de rachitisme ; diamètre promonto-sous-pubien à peine 9 centimètres ; promonto-pubien minimum 7 centimètres. Détroit supérieur facilement accessible. Le diamètre transverse ne paraît pas avoir plus de 6 centimètres ; fœtus vivant, à terme, tête dépassant notablement la symphyse pubienne en avant.

La mère, encore impressionnée par son accouchement antérieur, désire vivement un enfant vivant, elle et son mari consentent à l'opération césarienne.

Elle est commencée le 13 mars à 1 h. 1/2 du matin, en présence d'un grand nombre de médecins et de toutes les élèves sages-femmes de la Maternité (environ 40).

Durée de l'opération, une heure. Même conduite que dans l'opération précédente.

Enfant du sexe masculin, longueur 51 cent. 1/2, poids 3,260 grammes.

Le 13. Le soir dyspnée intense calmée par l'enlèvement du pansement, qui consista simplement en bandelettes de gaze et couches d'ouate. Aussitôt après excellent état général.

Le 17. Léger frisson. Plaie abdominale sèche. A son extrémité inférieure on voit une phlyctène noirâtre. Ventre indolore. Lochies fétides. Injections phéniquées. Pansement à l'iodoforme.

Le 20. On enlève les ligatures abdominales.

Le 25. Le fond de l'utérus est à plus de deux doigts au-dessous de l'ombilic.

A l'angle inférieur de la plaie est un abcès qui fait communiquer la cavité utérine avec la plaie abdominale ; ce point correspond exactement à l'angle inférieur de la plaie utérine au niveau duquel on n'a pu adosser le péritoine à lui-même, et, par conséquent, fermer exactement l'utérus.

Le soir s'écoule spontanément en ce point un pus fétide ; quelques

jours après sont expulsés trois fils de soie avec une petite bande de tissu utérin sphacélé.

14 avril. La malade se lève et, le 24 avril, elle rentre chez elle tout à fait guérie ; le fond de l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Observation VI.

Opération faite par Oberg, de Hambourg.

Elle n'a pas été publiée, que nous sachions ; on n'en trouve l'indication que dans le tableau de Sänger.

Observation VII.

Opération faite par Ehrendorfer, assistant, à Vienne.

M..., 29 ans, entre le 29 septembre 1884, dans la deuxième Clinique obstétricale de Vienne (professeur Spaeth).

En travail depuis deux jours, examinée en ville à plusieurs reprises, où on lui a administré du seigle ergoté ; rupture spontanée des membranes depuis trente et une heures.

Femme grêle, amaigrie, dyspnéique, cyanosée. Parois abdominales et membres inférieurs œdématiés.

Utérus refoulé à gauche, contenant un fœtus à terme, vivant, en présentation du sommet.

La moitié droite du ventre est remplie par une tumeur dure, rénitente, qui va du rebord des fausses côtes au pli de l'aine ; cette tumeur se prolonge dans le bassin dont elle occupe la plus grande partie, au point qu'on ne peut, qu'avec difficulté, arriver sur le col de l'utérus encore fermé, par lequel s'écoule un liquide coloré par du méconium. T., 37° ; P., 120. Urines albumineuses.

L'opération césarienne est faite, le même jour, à 4 heures du soir.

Incision abdominale de 20 centimètres, oblique en bas et à gauche. Incision de l'utérus *in situ*, oblique allant du milieu du fond de l'utérus à l'insertion inférieure des annexes gauches ; extraction par les pieds du fœtus vivant. L'utérus est attiré au dehors, mais il est impossible d'empêcher le passage d'une partie du liquide amniotique dans le péritoine. Toilette du péritoine. Un aide comprime le col de l'utérus, de sorte qu'aucun écoulement sanguin ne se produit.

Six ou sept sutures de soie profondes et un grand nombre de sutures de soie superficielles ferment complètement la plaie, que l'on n'a pas été obligé de préparer au préalable en raison de la souplesse de ses lèvres. Au moment où l'on cesse la compression du col il s'écoule du sang d'une veine située au voisinage de la trompe; la ligature en masse de la trompe arrête aussitôt l'hémorrhagie.

Nouvelle toilette du péritoine. Toilette de l'utérus. Double suture de la plaie abdominale.

Durée de l'opération, une heure et demie.

L'enfant, du sexe féminin, pesant 2,790 grammes, de 48 centimètres de longueur, est vite ranimé.

Le 30. Vomissements. Douleur à l'épigastre. Météorisme. Introduction dans le rectum d'une sonde par où des gaz s'échappent en abondance. Dyspnée, agitation.

1er octobre. Écoulement de mauvais aspect par le vagin. Injections vaginales et utérines. Météorisme. On défait la partie supérieure du pansement. Irrigation de l'intestin avec deux litres d'eau tiède ; expulsion de matieres et de gaz. Nouvelle irrigation le lendemain.

Le 3. Vomissements. Agitation. Par l'angle inférieur de la plaie s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Mort, le 5 octobre.

Autopsie. — Péritonite purulente. Fibrome de la paroi abdominale recouvert sur toute son étendue par le péritoine et remplissant toute la cavité du ventre à l'exception de la fosse iliaque gauche.

Au niveau des sutures utérines le tissu utérin est infiltré de pus; à droite et à gauche de la plaie le tissu est saillant, brun sale, séparé de la substance saine de l'utérus par une bande de tissu infiltré de pus, la plaie utérine n'en est pas moins complètement fermée. Ovaires et trompes congestionnés et très augmentés de volume.

La cavité utérine et le vagin contiennent un liquide séro-purulent. Sur la face interne de l'utérus, au niveau du fond, le tissu utérin, de couleur brun sale, est nécrosé entre les fils sur l'étendue de 2 centimètres. Foie augmenté de volume, graisseux. Rate hypertrophiée, congestionnée. Reins hypertrophiés, substance corticale blanche, très altérée.

OBSERVATION VIII.

Opération faite par Sänger, privatdocent à Leipzig, à la clinique de Credé.

S..., 21 ans, primipare, entre le 5 novembre 1884 à la clinique.

Bien portante, de 1 m. 32 de hauteur, elle offre tous les signes du rachitisme. Diamètre promonto-sous-pubien, 8 cent.; promonto-pubien minimum, 6 cent. ou 6,5; bassin accessible sur toute son étendue; faux promontoire, sacrum convexe en avant.

Grossesse arrivée au neuvième mois, fœtus vivant, en O. I. G. T. Il est trop tard pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel; Sänger, pensant que l'extraction du fœtus par la craniotomie serait très difficile, se décide pour l'operation césarienne, à laquelle consent la femme.

Le 16 novembre, à 3 heures du matin, Sänger commence l'opération; la femme est en travail depuis la nuit seulement, la poche des eaux intacte, la dilatation presque complète.

Injection vaginale avec liqueur de Van Swieten. On rase tous les poils du pubis, on lave au savon le ventre, le pubis et les organes génitaux. On lave ensuite l'abdomen avec du sublimé et on le frotte après y avoir versé de l'éther. On recouvre ensuite la paroi abdominale d'une feuille de gutta-percha laminée qu'on fixe bien à la peau avec de l'éther, en laissant le champ opératoire libre. Au-dessus d'elle, on met des serviettes, trempées dans l'eau phéniquée, en quantité suffisante pour recouvrir les membres inférieurs, les membres supérieurs et la poitrine de la parturiente. Anesthésie au chloroforme.

Incision abdominale de 16 cent. de longueur, commençant à 4 cent. au-dessus du pubis et qui, après avoir contourné l'ombilic à gauche, le dépasse de 4 cent. Hémostase à l'aide de pinces à pression. A l'angle supérieur de la plaie, deux sutures provisoires.

L'utérus est maintenu exactement sur la ligne médiane par un aide. Deux grandes éponges embrassent les lèvres de la plaie abdominale.

L'utérus est ensuite incisé verticalement sur la ligne médiane, parallèlement à la plaie abdominale, dont les bords sont appliqués intimement sur lui. L'incision intéresse, sur toute son étendue, le placenta, qui fait hernie entre les lèvres de la plaie et la rétrécit. L'épaule droite du fœtus pénètre dans la plaie. La main déchire alors le placenta incomplètement sectionné comme dans le placenta prævia central et va à la recherche de la tête, mais elle ne peut l'extraire la première. Le fœtus est alors extrait par un mécanisme analogue à celui

de l'évolution spontanée ; mais auparavant la plaie utérine, trop petite, doit être agrandie *en haut* de 2 cent. avec des ciseaux droits. Pendant ces manœuvres, l'hémorrhagie est très faible, ce qui tient à ce que le fœtus faisait l'office de tampon. Ni liquide amniotique, ni sang ne passe dans le péritoine, parce que les aides ferment exactement la cavité du ventre et que les éponges absorbent tout le liquide qui tombait à ce niveau.

L'enfant légèrement asphyxié est bientôt ranimé.

L'utérus, revenu sur lui-même, est aussitôt sorti du ventre et remplacé par une éponge plate au-dessus de laquelle la plaie abdominale est maintenue fermée à l'aide des sutures provisoires, que retiennent deux pinces à pression ; il est ensuite couché sur une serviette phéniquée.

On voit alors la paroi postérieure de l'utérus faire saillie entre les lèvres de la plaie, comme dans l'inversion utérine, la réduction s'obtient facilement et l'on passe à l'extraction du placenta et des membranes qu'on fait avec précaution. Le doigt, introduit dans le col, est serré fortement au niveau de l'orifice interne.

La plaie ne saigne que modérément ; ellle saigne davantage à l'angle inférieur, au niveau duquel le péritoine rétracté indique manifestement que le segment inférieur de l'utérus est intéressé. Son angle supérieur est aigu, son angle inférieur est curviligne, ses bords convergent légèrement en dedans, ne mesurant que 12 cent., elle est distante de 8 cent. du fond de l'utérus et de 3 cent. du cul-de-sac vésico-utérin, elle est donc trop basse. La plus grande épaisseur de ses bords est de 2 centimètres.

Ces bords n'ont aucune tendance à s'appliquer l'un contre l'autre. Il est impossible de les mettre en contact sur toute leur étendue.

On applique alors un tube élastique qu'on serre modérément pour obtenir l'hémostase provisoire et on passe à la préparation de la plaie après avoir introduit de l'iodoforme dans la cavité utérine. Pas une goutte de sang ne vient gêner l'opérateur.

La dissection de la séreuse est faite jusqu'à 3 ou 4 mill. de profondeur d'une extrémité à l'autre. Puis la musculaire réséquée sur une épaisseur de 1 à 2 mill.

Sänger applique ensuite 8 sutures d'argent profondes, distantes de 1 cent. des bords de la plaie, et respectant la muqueuse. Les fils sont tordus pendant qu'avec une pince un aide replie en dedans la

séreuse; puis coupés court et retournés en boucle du côté de l'utérus. Entre eux, on met des sutures superficielles à la soie, intéressant deux fois la séreuse et distantes de 3 à 4 mill. les unes des autres; quand on les noue, les feuillets séreux s'adossent en surface d'eux-mêmes. La suture de l'angle inférieur de la plaie est particulièrement soignée parce que la séreuse n'y adhère que faiblement à la musculaire; on y met un plus grand nombre de sutures superficielles qu'ailleurs.

Après l'enlèvement du tube de caoutchouc, l'utérus reprend sa coloration rouge foncé. Il n'augmente que légèrement de volume et aucune hémorrhagie extérieure ne se produit. De la plaie on ne voit sourdre la moindre goutte de sang. De deux orifices d'entrée des fils d'argent, s'écoule un peu de sang; on arrête l'hémorrhagie avec des sutures de soie fine.

La toilette de l'utérus est faite avec une éponge trempée dans une solution de sublimé chaude au 1/1000e; on verse de la poudre d'iodoforme sur la plaie, et, après avoir enlevé l'éponge abdominale, on réduit l'utérus dans le ventre. *On ne fait pas de toilette du péritoine.*

Sur l'utérus, on applique une serviette phéniquée, qu'on laisse en place jusqu'à ce que toutes les sutures abdominales profondes soient introduites. 6 sutures profondes intéressant le péritoine et 12 sutures superficielles à la soie suffisent pour fermer cette plaie, qui est aussitôt saupoudrée d'iodoforme.

Comme pansement: gaze iodoformée, coton salicylé, maintenus par un bandage de corps. Une couche de coton salicylé qu'on renouvelle toutes les heures est maintenue devant la vulve.

Durée de l'opération, une heure vingt minutes. — Perte de sang très faible.

La malade est reportée dans son lit; on lui fait deux injections d'ergotine.

Enfant du sexe féminin, 2,800 gr., 51 cent.

Le soir, douleurs de ventre que la malade attribue à la pression du bandage; quand il est desserré, elle se trouve bien; on se contente de bandelettes agglutinatives (taffetas d'Angleterre) pour maintenir le bandage. Vessie de glace.

A part cet accident, que Sänger attribue à la parésie du sympathique, les suites des couches furent absolument normales, la température ne dépassa jamais 37°,8.

Le quinzième jour la femme quitte le lit.

Son enfant, auquel elle donne le sein, pèse 4.000 grammes le 30 dé-

cembre. A cette époque, six semaines après l'accouchement, la plaie abdominale a 10 centimètres de longueur. Le col est court, l'utérus antéfléchi, de volume normal, mobile et indolore. Il ne se différencie en rien de l'utérus d'un accouchement naturel.

Observation IX.

Quatrième opération faite par le professeur Léopold.

M..., 26 ans, secondipare. Premier accouchement artificiel, enfant mort.

Bassin plat rachitique généralement rétréci, diamètre promonto-pubien minimum 6 centim.

Enfant vivant se présentant en O.I.D.T.

Opération le 28 novembre 1884 à 2 heures du soir, vingt-huit heures après le début du travail, sept heures après la rupture spontanée des membranes, la femme étant très affaiblie. T., 38°,6 ; P., 128.

Rien de spécial dans le manuel opératoire. Aussitôt que la séreuse fut disséquée sur 5 à 7 millim. de profondeur, la musculaire se rétracta de la même quantité au-dessous d'elle, et Léopold ne fit pas de résection.

1 suture d'argent et 17 sutures utérines de soie tant profondes que superficielles. Difficile fut la suture de l'angle inférieur de la plaie, qui, par suite de la pression prolongée qu'avait exercée la tête pendant le travail, présentait déjà un œdème inflammatoire. Il est vraisemblable que, quoiqu'on ne l'ait pas trouvé à l'autopsie, il est resté à ce niveau quelque orifice par où des matières septiques ont passé dans le péritoine et l'ont infecté.

Durée de l'opération, une heure et demie. — Perte de sang très modérée.

Enfant vivant du sexe féminin 2,650 gr., 48 cent..

Le lendemain, douleurs de ventre violentes. P., 140. Vessie de glace.

Le troisième jour, refroidissement. T., 36,6 ; P., 120-140. Météorisme, vomissements, douleurs abdominales vives à la pression.

Le 1er décembre (quatrième jour). Dans la crainte qu'au niveau de l'angle inférieur, la plaie utérine ne se soit ouverte, Léopold ouvre la plaie abdominale sur une longueur de 5 centim. et irrigue le péritoine avec une solution d'acide borique ; il s'écoule d'abord un liquide séro-sanguinolent, puis un liquide parfaitement clair : la plaie utérine est donc bien fermée.

La femme meurt quelques heures après.

A l'autopsie: Péritonite suppurée. Utérus fermé, du volume des deux poings. Plaie utérine 13 centim., commençant à 4 centim. du fond de l'organe, et descendant jusqu'à la partie supérieure du col.

Le péritoine est soulevé en quelques points au niveau de la plaie sous forme de vésicules contenant du pus. La suppuration ne pénètre cependant pas dans la plaie utérine. Surface interne de l'utérus recouverte par quelques lambeaux de caduque.

Diamètre promonto-pubien minimum, 6 centim.; diamètre transverse, 13 centim.

Observation X.

Cinquième opération faite par le professeur Léopold.

R..., 23 ans, primipare, rachitique, taille 1 m. 35, diamètre promonto-sous-pubien, 7 cent. 3/4; promonto-pubien minimum, 5 3/4.

5 décembre 1884, 6 heures du soir. Fœtus vivant en O. I. G. T., dilatation grande comme une pièce de 5 francs; Léopold commence l'opération.

L'enfant est extrait par le bras et aussitôt après l'utérus sort du ventre.

Comme la séreuse est repliée spontanément en dedans du côté des lèvres de la plaie, Léopold s'abstient et de dissection, et de résection, et passe de suite à la suture. 6 sutures d'argent et de soie profondes; 10 sutures de soie superficielles. Après enlèvement du drain, 6 sutures hémostatiques. Abdomen fermé par 5 fils d'argent profonds et un grand nombre de fils de soie superficiels.

Durée de l'opération, quarante et une minutes.

L'enfant de 1,950 grammes et de 45 cent., né en état d'asphyxie, est bientôt ranimé. Il est élevé au sein par une nourrice.

Les jours suivants, météorisme d'où dyspnée; douleur au niveau du bord droit de l'utérus. Le troisième jour léger ictère, limité aux conjonctives qui se généralise et devient assez intense le sixième jour. Quelques frissons.

Le 12. Ablation des sutures superficielles et de quelques sutures profondes. Lochies fétides.

Le soir, 40°,7, douleur de ventre, vomissements à la suite desquels l'angle inférieur de la plaie abdominale s'entr'ouvre.

Le 14. A l'angle inférieur de cette plaie, on fait sourdre, par la pression de la profondeur, une grande quantité de pus; drainage.

Le 19. A travers la plaie, on aperçoit deux sutures utérines, dont on peut enlever la première.

12 janvier. La malade quitte le lit. La plaie est presque fermée, mais il reste encore une fistule au fond de laquelle on aperçoit un fil d'argent.

2 février. La femme quitte l'hôpital; l'utérus, petit, est fixé à l'abdomen. 3 mois plus tard, par la fistule sortent encore 11 fils utérins.

Observation XI.

Opération faite par Münster, à Königsberg.

S..., 32 ans, primipare, entre en travail le 30 août 1883. A terme, enfant vivant en S. I. G. A. Les deux tiers supérieurs de l'excavation sont remplis par une tumeur arrondie, solide, immobile, qui repousse le vagin et le col en avant et à droite et laisse à peine le passage pour 3 doigts. La ponction faite dans la tumeur en un point paraissant fluctuant ne laisse couler que quelques gouttes de sang. Münster pratique de suite l'opération césarienne au domicile de la parturiente, à 6 heures du soir, le 3 septembre.

Les objets nécessaires avaient été préparés dans la journée.

Extraction de l'utérus par la méthode de Müller. 3 sutures abdominales provisoires. Incision de l'utérus. Extraction d'un fœtus qui meurt peu d'instants après. Une grande quantité de gaz fétides s'échappent de l'utérus. L'utérus est comprimé par un aide au niveau du segment inférieur. Dissection profonde de la séreuse sur 1 cent., résection musculaire sur la même étendue. 10 sutures de soie profondes n'intéressant pas la caduque et 15 sutures superficielles et moyennement profondes. Abdomen fermé par 12 sutures de soie profondes et 12 superficielles.

Durée de l'opération, une heure un quart.

Fœtus, 3100 gr., 47 cent.

Le lendemain : douleur de ventre, tympanisme, vomissements, mort le 7 septembre.

A l'ouverture du ventre (seule permise par les parents), plaie abdo-

minale réunie, exsudats qui agglutinent les anses d'intestin, péritoine injecté, sérosité trouble. Fausses membranes sur les deux faces de l'utérus. Plaie utérine exactement fermeé. Séreuses solidement réunies. Dans la cavité utérine, sanie fétide, lésions de l'endométrite, ligaments larges infiltrés de pus.

Münster se pose la question de savoir s'il n'aurait pas mieux valu faire l'amputation de Porro, il répond par la négative. Nous croyons cependant qu'en enlevant la plus grande partie de l'utérus on aurait diminué les chances d'infection. Il est établi aujourd'hui que *l'endométrite septique est une contre-indication à l'opération césarienne conservatrice.*

Observation XII.

Opération faite par Jewett, de Brooklyn.

X..., 46 ans, 10 enfants, le dernier âgé de 4 ans.

Cancer du col, hémorrhagies fréquentes, anémie, douleurs vives, insomnie. Le cancer a envahi la partie sus-vaginale du col et le vagin.

Opération le 26 décembre 1884. Lavage antiseptique de l'abdomen. Anesthésie à l'éther. Manuel opératoire ordinaire. Tube élastique appliqué sur l'utérus encore en place. Incision et extraction d'un fœtus vivant de 3500 grammes.

L'utérus est attiré au dehors par traction sur le tube élastique ; le délivré est extrait. Une éponge trempée dans le sublimé est introduite dans l'utérus avce un crayon d'iodoforme. Tube à drainage utéro-vaginal introduit par la plaie utérine et allant de la vulve au fond de l'utérus.

Sutures profondes et superficielles avec de la soie sublimée, caduque respectée. Enlèvement du tube. Réduction de l'utérus. Toilette du péritoine dans lequel avait pénétré une certaine quantité de liquide. Sutures abdominales à la soie. Un tube à drainage de verre est introduit par l'angle inférieur de la plaie abdominale jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Pendant les trente-quatre premières heures, état relativement satisfaisant. A ce moment, le tube à drainage de verre indique que le péritoine contient un liquide d'abord clair, puis louche ; quelque temps après, mort.

L'autopsie n'a pu être faite complètement. Plaie abdominale réu-

nie. Péritoine injecté, tapissé de fausses membranes; petite quantité de sérosité trouble.

La plaie utérine est réunie depuis la muqueuse jusqu'au péritoine. Tissu intact. La cavité contient un caillot en parfait état de conservation.

La péritonite est attribuée par l'auteur à une épidémie d'érysipèle qui a éclaté quelques jours auparavant à l'hôpital et qui a causé l'infection d'une femme accouchée le même jour que l'opérée.

Observation XIII.

Opération faite par Drysdale, de Philadelphie.

Elle n'a pas été publiée. On n'en trouve que le résumé dans le travail de Harris.

Observation XIV.

Deuxième opération faite par Sänger.

S..., 32 ans, trois accouchements antérieurs spontanés, très laborieux, d'enfants mort-nés. Entre à la Clinique de Leipzig à la fin du huitième mois de sa 4e grossesse, enfant vivant. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent., promonto-pubien minimum, 7 cent.

La femme qui, pour des raisons spéciales, « veut un enfant mort », s'opposant à l'accouchement prématuré provoqué, on laisse la grossesse arriver à terme.

Après deux jours de travail, le 3 juillet 1885, cette femme consent à l'opération césarienne, que Sänger préfère à la crâniotomie pratiquée sur l'enfant encore vivant.

Mon collègue et ami, le Dr Bonnaire assistait à l'opération.

L'enfant, né en état de mort apparente, est bientôt ranimé. Pendant l'application des sutures profondes, le chloroforme provoque des accidents syncopaux graves. Pansement iodoformé maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives. Durée de l'opération une heure un quart.

Suites de couches physiologiques. Le huitième jour, premier pansement; ablation de quelques fils superficiels. Enhardi par l'état excellent de la femme, on lui permet de se lever un peu pour faire le tour de la chambre. Mais elle est presque aussitôt prise de toux, de dou-

leur au niveau du pansement et on voit que sur l'étendue de 3 centimètres, la plaie s'est ouverte à la partie supérieure, laissant passer une anse intestinale qu'on réduit avec les précautions antiseptiques.

Cet accident n'a pas de suite; mais on retarde l'ablation des derniers fils, jusqu'au vingtième jour et la femme ne quitte le lit que le vingt-deuxième jour. On lui trouve l'utérus en rétroflexion, mobile, indolore, dépassant la symphyse d'un travers de doigt.

Observation XV.

Opération faite par Obermann, assistant de Credé, à Leipzig (3e cas).

K..., 42 ans, primipare. Raccourcissement de 10 cent. du membre inférieur gauche par coxalgie survenue à l'âge de 10 ans; et comme conséquence, bassin asymétrique avec rétrécissement au détroit inférieur.

L'opération est pratiquée le 2 août, à midi.

On se contente de disséquer la séreuse et on ne résèque pas de musculaire.

Durée de l'opération une heure quarante et une minutes.

L'enfant du sexe masculin, 3,800 gr., 53 cent., né en état d'asphyxie, est bientôt ranimé.

Les suites de couches ne furent traversées que par quelques accidents fébriles, qui n'eurent aucun retentissement sur l'état général. La malade put se lever le dix-septième jour, et le jour de sa sortie, 26 août, l'utérus qui dépasse légèrement la symphyse, est très mobile, en antéversion.

Observation XVI.

Opération faite par Sänger, à Leipzig (4e cas).

L..., 38 ans, entre le 20 octobre 1885 à la Clinique; trois craniotomies antérieures. Quatrième grossesse, à terme, enfant vivant. Poche des eaux rompue, dilatation comme une pièce de deux francs. Diamètre promonto-sous-pubien, à peine 10 cent.; diamètre promonto-pubien minimum 8 centim.

L'accouchement par les voies naturelles est possible, mais comme on ne peut affirmer avoir de cette façon un enfant vivant, on se décide pour la section césarienne après avoir demandé le consentement de la femme.

En comprimant l'utérus pour fermer la plaie, on voit que celle-ci se ferme parfaitement dans les deux tiers supérieurs, mais reste béante en bas, ce qui nécessita une légère résection à ce niveau. Dissection de la séreuse sur 3 à 4 millim. de profondeur.

Enfant vivant du sexe masculin, 2,900 gr., 50 centimètres.

Durée de l'opération, une heure un quart.

Le neuvième jour, on enlève 5 sutures ; le lendemain toutes les autres.

31 octobre, onzième jour, la parturiente se lève.

15 novembre, vingt-cinquième jour, elle quitte la Clinique avec son enfant bien portant.

Observation XVII.

Opération faite par Sänger, à Leipzig (5e cas).

M..., 35 ans. Trois accouchements antérieurs laborieux, terminés par l'expulsion d'enfants morts pendant le travail. Bassin rachitique, diamètre promonto-sous-pubien 8,5 à 9 centimètres, promonto-pubien minimum 7,5 à 8 centimètres. Fœtus vivant en O. I. G. T.

Le 6 décembre 1885. Les membranes se rompent spontanément.

Le 9. Les premières douleurs apparaissent et l'opération césarienne est faite quatre heures après le début du travail, parce que les battements du cœur fœtal commencent à se ralentir. On ne résèque que quelques lambeaux de musculaire qui font saillie, on se contente donc de *parer* la plaie.

Durée de l'opération, soixante-cinq minutes.

Enfant vivant, 3,000 grammes, 50 centimètres.

Suites de couches physiologiques. La température oscille autour de 37°. Le 16 décembre, on enlève les premiers fils et le 23 décembre les derniers. Au moment de sa sortie de la Maternité, le 31 décembre, M... est très bien portante, l'utérus est encore un peu gros et paraît adhérer légèrement à la cicatrice abdominale.

Observation XVIII.

Opération faite par Donat, assistant de la Policlinique, à Leipzig (6e cas).

S..., 31 ans. Trois accouchements antérieurs à terme, version et céphalotripsie en 1884. Entre le 13 février 1886 à la Clinique, en tra-

vail depuis douze heures, la poche des eaux rompue, l'orifice ayant 5 centimètres de diamètre.

Fœtus vivant, présentation de l'épaule, le bras droit est descendu dans le vagin. Diamètre promonto-sous-pubien, 8 centimètres à à 8 cent. 1/2. Diamètre promonto-pubien minimum, 7 centimètres. La mort habituelle du fœtus extrait par la version dans ces conditions la fait rejeter et lui fait préférer l'opération césarienne.

On se contente encore de *parer* la plaie.

Enfant vivant 3,200 grammes, 51 centimètres.

Suites de couches normales. S... se lève le vingt-troisième jour et quitte l'hôpital le vingt-neuvième jour en bonne santé, avec son enfant. Utérus petit, mobile, indolore.

Observation XIX.

Sixième opération faite par le professeur Léopold, à Dresde (6e cas).

Z..., 33 ans. Depuis 1879, cinq accouchements prématurés coup sur coup, à sept et huit mois; en 1884, expulsion d'une môle de deux mois.

Le 25 janvier 1885, Z..., se croyant de nouveau enceinte, entre à la Maternité de Dresde. Léopold trouve à l'examen un utérus gravide à la fin du troisième mois, refoulé à droite et en avant par une tumeur fibreuse développée dans le ligament large gauche, occupant presque toute l'aire du détroit supérieur, et qui remonte dans l'abdomen jusqu'à trois doigts de l'ombilic. Tant pour assurer le diagnostic que pour enlever la tumeur s'il y a lieu, Léopold fait, le 6 février 1885, une *laparotomie exploratrice*. Il constate que la tumeur est bien développée dans le ligament large et qu'elle ne peut être extirpée. Aucun incident ne vient troubler les suites de l'opération et la femme quitte la Maternité le 12 mars, souffrant toujours du ventre. Elle y rentre le 7 juillet.

L'examen fait la veille de l'opération démontre l'existence d'un fœtus vivant en O. I. D. T.; au toucher, tumeur du volume du poing, qui s'avance vers la droite repoussant le cul-de-sac vaginal gauche, tumeur presque immobile, de consistance dure, vaguement fluctuante.

Cette femme et son mari ayant donné leur consentement à l'opération césarienne, elle est pratiquée le 16 juillet, sans préparation de la plaie, et dure une heure vingt minutes.

L'enfant du sexe féminin, 2,830 grammes, 48 centimètres, vivant, se

développa très bien. Suites de couches physiologiques. Une seule fois, le deuxième jour, la température monte à 38°,5.

La parturiente se lève le quatorzième jour et reste encore quelques semaines à la Maternité, tant pour se fortifier elle-même, que dans l'intérêt de son enfant qui est élevé au sein d'une nourrice.

Observation XX.

Septième opération faite par le professeur Léopold, à Dresde (7e cas).

M..., 20 ans, primipare, rachitique; bassin généralement rétréci; diamètre promonto-sous-pubien, à peine 7,5 cent.; diamètre promonto-pubien minimum estimé à 5,25 cent.

Le 10 janvier, début du travail, fœtus vivant en A. I. D. Le soir, rupture spontanée des membranes.

L'opération, qui ne présente pas de particularités, dure 1 heure 18 minutes.

Le fœtus, 3,490 grammes, 51 centimètres, fut extrait en état de mort apparente, mais bientôt ranimé par la méthode de Schultze.

Suites de couches normales; la mère donne elle-même le sein à son enfant.

Le huitième jour. Frisson, aucune douleur au niveau de l'utérus.

Le dix-huitième jour. M... se lève et quitte la Maternité le 20 février.

Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt de l'ombilic; il adhère à la plaie abdominale; les culs-de-sac sont libres sans exsudats.

Observation XXI.

Huitième opération faite par Korn, assistant de Léopold, à Dresde (8e cas).

D..., 30 ans, premier accouchement terminé par la craniotomie.

Enceinte pour la deuxième fois, à terme, entre à la Maternité le 7 février 1886.

Rachitique, bassin plat, généralement rétréci; diamètre promonto-sous-pubien 8,5 centimètres, diamètre promonto-pubien minimum 6,5 centimètres. Enfant vivant. Présentation du sommet.

Au moment de l'opération, orifice comme la paume de la main, lèvre antérieure très œdématiée, contractions utérines moins énergiques, le fœtus commence à souffrir.

L'opération est faite par Korn en l'absence de Léopold, le 7 février. Elle dure 1 heure 21 minutes.

Fœtus vivant du sexe féminin, 2,800 grammes, 50 centimètres.

Suites de couches normales. Elévation de la température le troisième jour seulement.

Le huitième jour, ablation des premiers fils; le treizième, ablation des derniers, le dix-septième jour la parturiente se lève et quitte la Clinique le 9 mars; l'utérus est petit, mobile.

Observation XXII.

Opération faite par le professeur Léopold, à Dresde (9e cas).

S..., 29 ans. Deux grossesses antérieures, céphalotripsies. Bassin rachitique, diamètre promonto-pubien minimum 6,2 centimètres.

Le 3 mars 1886, le travail s'établit au terme de la troisième grossesse; enfant vivant en O. I. G. T. L'orifice ayant 4 centimètres de diamètre, la poche des eaux s'étant rompue spontanément 7 heures auparavant, Léopold pratique la section césarienne qui dure 1 heure 13 minutes.

Enfant vivant, 2,550 grammes, 47 centimètres.

Les suites de couches sont absolument physiologiques, la température oscilla entre 37°,2 et 37°,5. Le quatorzième jour, S... se lève, le septième jour on avait enlevé tous les points de suture.

Le vingtième jour, quand elle quitte la Maternité, l'utérus a le volume et la mobilité qu'on observe dans un accouchement normal.

Observation XXIII.

Opération faite par le professeur Léopold, à Dresde (10e cas).

L..., 28 ans; deux craniotomies antérieures à terme; un aceouchement prématuré spontané, enfant faible qui mourut bientôt.

Entre à la Maternité, le 28 janvier 1886. Squelette rachitique, bassin plat généralement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien, 8 3/4 centimètres, diamètre promonto-pubien minimum 6 3/4 centimètres.

Fœtus vivant, O. I. G. T. Grossesse à la fin du huitième mois. Impossibilité, même avec des pressions énergiques, de faire descendre la ête dans l'excavation.

Le 13 mars, rupture spontanée des membranes, début du travail.

Le 14 mars, l'orifice ayant 6 centimètres de diamètre, Léopold pratique l'opération césarienne qui ne présente aucune particularité. Ici, comme dans toutes les opérations précédentes depuis la cinquième, il s'abstient et de résection de la musculaire et de dissection de la séreuse.

L'opération dure une heure huit minutes.

Enfant du sexe féminin, pesant 2,850 grammes, 49 centimètres de longueur ; allaité par une nourrice.

Les suites de l'opération furent physiologiques ; le troisième jour seulement, la température monta le soir à 39° ; les jours suivants elle ne dépassa jamais 37°,5.

Le dixième jour la femme se lève pour la première fois et le 31 mars elle quitte la Maternité. L'utérus est bien revenu sur lui-même ; il adhère légèrement au niveau de son fond à la cicatrice abdominale.

Observation XXIV.

Opération pratiquée par le professeur Schauta, à Innsbruck.

R..., 22 ans, est au terme de sa première grossesse, quand s'établit le travail de l'accouchement le 25 septembre 1885.

Femme petite, 1 m. 25, rachitique ; bassin plat généralement rétréci ; diamètre promonto-sous-pubien 8,7 centimètres ; diamètre promonto-pubien minimum évalué à 6 cent. 5. Enfant vivant se présentant en O. I. D. T.

L'opération est faite, par Schauta, le 26 septembre, avec le même manuel opératoire que les opérations précédentes.

Huit sutures utérines profondes au fil d'argent, éloignées les unes des autres de 2 centimètres, sont appliquées sans intéresser la séreuse (le fil d'argent chimiquement de 0^{mm},78 de diamètre), 29 fils de soie péritonéaux ferment complètement la plaie.

La toilette du péritoine montre qu'aucune goutte de sang ni de liquide amniotique n'avait passé dans l'abdomen.

Durée de l'opération, une heure vingt-trois minutes.

L'enfant du sexe féminin, pesant 2,900 grammes, 48 centimètres de longueur, se développe très bien au sein d'une nourrice.

Les suites de l'opération ne présentent rien de particulier, si ce n'est, dans les premiers jours, du tympanisme abdominal. Les fils abdominaux sont enlevés le huitième jour, les bords cutanés de la

plaie s'écartent en quelques points, ce qui force la femme à garder le lit plus longtemps.

Le 4 novembre, elle se lève pour la première fois, et le 11 novembre elle quitte la Clinique bien portante.

Le fond de l'utérus arrive à l'ombilic ; il n'y a pas d'adhérence entre l'utérus et la plaie abdominale.

Observation XXV.

Opération pratiquée par le professeur Schultze, à Iéna.

B..., 32 ans, primipare ; bassin rachitique généralement rétréci ; diamètre promonto-sous-pubien, 9 centimètres ; diamètre promonto-pubien minimum mesuré par la méthode de van Huevel, 6,2 centimètres ; entre le 1er décembre 1885, à la Clinique d'accouchement, paraissant être à la fin du huitième mois de la grossesse. Fœtus vivant, en O. I. G. T.

On considère qu'il est impossible d'avoir un enfant vivant en provoquant de suite l'accouchement et on attend le terme de la grossesse pour pratiquer l'opération césarienne de préférence à la craniotomie.

25 janvier. L'opération est faite par Schultze, qui suit exactement le manuel opératoire de Léopold, sans préparer la plaie, au niveau de laquelle la musculaire ne fait aucune saillie et la séreuse n'est pas rétractée.

Cinq sutures profondes d'argent n'intéressant pas la caduque, 3 sutures profondes de soie entre ces dernières, 5 sutures superficielles partculières, distantes de 2,5 millimètres des bords de la plaie.

Fœtus vivant, sexe masculin, pesant 2,850 grammes, 52 centimètres de longueur.

Le lendemain de l'opération, météorisme considérable provoquant de la dyspnée, ponctions intestinales capillaires en cinq points différents dans la région épigastique. A partir de ce moment, suites de couches physiologiques.

Le treizième jour on enlève les dernières sutures, le vingt-deuxième jour la parturiente se lève et quitte bientôt l'hôpital avec son enfant bien portant.

OBSERVATION XXVI.

Opération faite par Sippel (de Francfort-sur-le-Mein).

Cette observation ne nous est connue que par le résumé qu'on en trouve dans le tableau de Credé.

CORRESPONDANCE.

A PROPOS DES OBSTACLES A LA FÉCONDATION DU PROFESSEUR PAJOT.

(*Lettre d'un confrère de Vienne.*)

Monsieur,

J'ai observé dans ma clientèle un fait qui a beaucoup d'analogie avec ceux que vous avez publiés dans les *Annales de gynécologie : « Leçon du professeur Pajot sur les obstacles à la fécondation.* » Voici le fait dont il s'agit :

Madame la baronne A. S..., âgée de 50 ans, est mariée depuis vingt ans. A l'époque de son mariage, son mari avait plus de 60 ans et avait bien joui de la vie. Cette dame accouchait après un an de mariage. Sept ans plus tard elle obtenait un second enfant. Trois ans après ce second enfant, cette femme devint malade : diarrhées, constipations prolongées, urines foncées et avec sédiments, douleurs dans les reins et de temps en temps une sensation de pesanteur au fond du bassin. Ces symptômes me firent soupçonner que le siège de la maladie devait se trouver dans la matrice.

Le toucher vaginal me fit constater une rétroflexion des plus accentuées. En avançant le doigt dans le vagin, on sentait d'abord le fond et le corps de la matrice, puis le col situé très haut. Le col était aplati.

L'orifice externe du col présentait une fente transversale de 2 centimètres. L'angle du col avec le corps avait moins de

45 degrés. Puisque la réduction avec le doigt était impossible, j'essayai d'introduire la sonde utérine et de réduire avec l'instrument. Bien que je fisse coucher la malade sur le côté gauche, je n'y parvenais pas.

Un haut degré de rétroflexion et pas de douleur pendant la période menstruelle m'étonnaient. Depuis lors, j'ai observé cela plusieurs fois. Je la rencontre pour la première fois dans votre publication.

Puisque j'avais échoué dans les tentatives de soulager les douleurs de ma malade par le redressement de la matrice, je me bornai à lui administrer des toniques, etc.

Deux ou trois mois se passèrent sans grand changement, alors survint une interruption des règles. Cette interruption n'était pas accompagnée de malaise et autres douleurs qui puissent faire soupçonner une maladie de la matrice. D'autre part, il n'y avait aucun motif de la croire enceinte, puisque le mari avait passé 70 ans et usait à peine de ses droits conjugaux.

Trois mois plus tard, je fus mandé à la hâte pendant la nuit chez cette dame qui avait des vomissements, se plaignait de fortes douleurs dans le bas-ventre et craignait une péritonite. La malade avait fait, dans la soirée, une grande promenade et avait fait l'ascension de plusieurs collines élevées.

Je trouvai la malade sans fièvre, sans tension du ventre; mais, à la palpation de l'abdomen, je sentais une tumeur dans le fond du bassin. Le toucher m'apprit qu'il y avait une tumeur dans le bassin, tumeur qui ne pouvait être autre chose que la matrice développée. Cette tumeur était très douloureuse au toucher; j'hésitais pour le moment à tenter le redressement de la matrice. Des études sur la position et la mobilité de la matrice à l'état normal m'avaient appris qu'en faisant coucher une femme sur le ventre, la matrice se relève de telle sorte que le fond vient butter contre les muscles de l'abdomen. Dans ce temps, je ne connaissais pas encore le spéculum de Sims et son maniement. Je fis coucher ma malade sur le ventre, ce qui lui procura de suite un grand soulagement et

une évacuation du rectum. Au bout d'une heure, elle ne ressentit plus de douleur. Je la fis reprendre la position sur le dos et par le palper et le toucher je trouvais une matrice développée comme chez une femme enceinte de trois ou quatre mois.

J'avais cette conviction, mais j'hésitais de la déclarer enceinte tout en exprimant la possibilité.

La grossesse parvenue à son terme, j'accouchai cette dame d'un enfant fort et bien développé. J'avais théoriquement pensé à tenter de guérir la rétroflexion après l'accouchement, et, pour arriver à ce but, je proposai à cette dame de rester couchée pendant deux mois sur le ventre. Comme elle allaitait son enfant, elle devait, à chaque fois qu'elle allaitait, se coucher sur un des côtés.

Elle consentit à se soumettre à ce traitement, et, pour qu'en dormant elle ne prît pas une autre position, j'entourais le ventre d'un grand drap et je faisais un gros nœud sur le dos.

Depuis, je n'ai plus eu la chance de trouver une femme qui ait le courage et la patience de rester deux mois couchée sur le ventre.

Les deux mois passés, l'exploration apprit que la matrice occupait la position normale et que la rétroflexion était tout à fait guérie.

Je fis lever ma malade et lentement recommencer la vie d'une femme saine qui allaitait son enfant. Malheureusement, le mari tomba malade et mourut après deux mois de souffrances. La dame passa les jours et les nuits au lit du malade et allaitait en même temps son enfant. Six mois après la mort du mari, l'enfant, sevré depuis un mois, fut atteint d'une coqueluche. La mère se fatigua à le soigner et dut, en même temps, faire des préparatifs pour changer de domicile. Elle marchait beaucoup. Un soir, après une grande course, elle me fit appeler parce qu'elle éprouvait de fortes douleurs dans le ventre, des malaises et la sensation qu'un corps voulait sortir du vagin.

Le ventre était tendu et douloureux au toucher, forte fièvre.

Par le toucher, on rencontrait le col de la matrice entre les grandes lèvres.

En repoussant la matrice je pus constater qu'il y avait bien une descente, mais que la matrice était saine et non recourbée : je crois que si la matrice avait repris la rétroflexion elle n'aurait pas fait de prolapsus. Je tâchais de refouler la matrice autant que possible et de la fixer à sa place par un repos absolu.

Quelques semaines au lit firent pour le moment cet effet.

Après quoi, elle partait de Vienne et m'écrivait souvent qu'elle se portait tout à fait bien.

Au bout de deux ans, je la revis dans la ville qu'elle habitait. Elle était devenue forte et bien portante.

Quelques années après elle revenait à Vienne, elle avait beaucoup maigri à la suite de douleurs ovariques. Elle présentait un gonflement tubaire (?) qui disparut après un très long temps.

Mais en recommençant la vie ordinaire, la descente recommença et je fus obligé de lui faire porter un pessaire. Elle le porte encore.

La ménopause se passa sans qu'il y eût rien à noter.

Depuis le traitement de la rétroflexion que je faisais en 1868, vingt ans se sont passés sans que cette affection soit récidivée. Quant au pessaire, elle le porte depuis 1876.

Dans votre récente publication, j'ai lu pour la première fois, Monsieur, dans la littérature médicale, la constatation du peu de souffrances éprouvées par les femmes dans des rétroflexions de haut degré et des douleurs extrêmes dans des cas de rétroflexions légères.

Le changement de position pendant le quatrième mois de la grossesse à la suite de longues et fatigantes promenades, et l'essai de rectifier la position après l'accouchement en faisant placer la femme sur le ventre.

C'est vous le premier qui ayez parlé de ce mode de traitement.

La position pour le coït sur le côté n'était jusqu'ici pas con-

nue dans la science (1). Il y a quelques années j'ai soigné une dame qui me raconta que pour devenir enceinte il lui avait toujours fallu se coucher sur le côté pendant le coït, tandis qu'avec ses amants elle prenait la position sur le dos. Cette dame me parla de cette position dans un temps où une de ses filles, mariée depuis quatre ans, n'était pas encore enceinte.

Je regrette seulement, Monsieur, que vous traitiez le chapitre des fausses routes vaginales pas assez en détail (*idée nouvelle*, déjà traitée : *Travaux obstétriques et gynécologie*).

Excusez, Monsieur, la longueur de ma lettre, mais la lecture de votre leçon m'a fait tant de plaisir que je voulais seulement vous faire part de la nouveauté de vos idées.

Agréez, etc.

D[r] CAMILL LEDERER.

Vienne, 12 mai 1886.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 13 *mai* 1886 (1).

M. GUÉNIOT lit une communication sur **le forceps**.

En voici les conclusions principales :

a. *Forceps de M. Tarnier*. — 1° Dans les divers cas qui nécessitent une certaine énergie de tractions — et ces cas ne sont pas rares — le forceps de M. Tarnier offre une tendance fâcheuse et des plus marquées au dérapement. Sans doute, pour *diminuer* les chances du glissement, on peut serrer davantage la vis articulaire ; mais comment s'assurer que cette pression ne sera pas exagérée, c'est-à-dire dangereuse pour l'enfant ?

2° Par suite de leur mobilité, les branches de traction privent l'opé-

---

(1) Millot le conseillait pour avoir des enfants du sexe désiré !

(2) Voy. *Annales de gynécologie*, mai 1886, p. 370 et seq.

rateur de toute conscience musculaire : de telle sorte qu'il discerne mal, surtout dans les cas difficiles, si c'est la tête fœtale qui descend où si ce sont les cuillers du forceps qui glissent sur elle. En outre, cette annulation du sens musculaire entraîne une autre conséquence : c'est que l'usage du tracteur devient réellement dangereux dans tous les cas où la tête, déprimant le périnée, se trouve sur le point de franchir l'orifice vulvaire. L'accoucheur, n'ayant qu'une conscience insuffisante du mouvement de progression, des déchirures graves peuvent se produire. M. Tarnier a répondu à cette objection en conseillant, pour ce cas spécial, d'abandonner le tracteur et d'user de son instrument comme du forceps ordinaire. Or, si l'on considère que, huit fois sur dix, c'est pour vaincre la résistance du périnée que l'on a recours au forceps, on arrive nécessairement à cette conclusion : que huit fois sur dix, le nouveau forceps, comparé à l'ancien, se montre plutôt gênant qu'utile.

En résumé, dérapement plus facile, suppression, chez l'opérateur, de la conscience musculaire, jonction des branches de préhension à l'aide d'un mécanisme à la fois dangereux et incertain ; mode compliqué d'articulation ; complexité des parties qui rend l'application plus longue et le nettoyge antiseptique plus difficile, tels sont les principaux désavantages du forceps de M. Tarnier.

Quant aux avantages, ils tiendraient à ce que, dans certains cas, l'extraction serait plus aisée, la partie fœtale progressant suivant l'axe du bassin ; et par suite : les parties molles seraient aussi moins exposées à des compressions nuisibles. Mais, des expériences démontrent que s'il en est ainsi dans un certain nombre de circonstances, l'inverse a lieu dans un nombre au moins égal de cas.

D'ailleurs, sur le vivant, et dans des conditions aussi identiques qu'il est possible, M. Guéniot a pu extraire l'enfant avec le forceps Tarnier, manié comme le forceps classique ; alors qu'il avait, malgré les efforts les plus soutenus, échoué, après d'autres médecins, en se servant du tracteur.

En résumé :

1° Cet instrument, comparé au forceps de Levret, présente plus d'inconvénients que d'avantages, toutes les fois que la tête à extraire est parvenue au contact du plancher périnéal, c'est-à-dire, à peu près dans les huit dixièmes des cas ;

2° Dans les deux autres dixièmes, ce même instrument peut être d'une efficacité moindre que celle du forceps ordinaire ; et cela, sui-

vant une proportion indéterminée qui paraît confiner à la moitié des cas ;

3° Que conséquemment, l'utilité réelle dudit instrument, en tant que pourvu d'un tracteur indépendant, se trouve restreinte au dixième environ de la totalité des cas de délivrance par le forceps.

b. *Forceps de M. Poullet.* — Ses avantages consistent dans l'application de la force à proximité du centre de figure; l'impossibilité, presque absolue, des dérapements, et la grande simplicité de construction.

Mais, 1° pour un profit le plus souvent douteux, l'addition du lien doit nécessairement rendre plus difficile ou plus délicate l'application régulière de l'instrument ;

2° La pression des cuillers, qui augmente proportionnellement au degré des tractions, constitue bien une garantie contre les dérapements ; mais, dans nombre de cas, elle peut devenir tout à fait périlleuse pour l'enfant.

En définitive, le forceps de M. Poullet, d'après M. Guéniot, est préférable à celui de M. Tarnier ; néanmoins, comme ce dernier, il ne saurait avoir d'utilité pratique que dans des cas très exceptionnels. Le forceps de Levret reste supérieur aux autres modèles ; chaque modification apportée dans le but de l'améliorer dans un certain sens crée un défaut qui l'emporte sur le perfectionnement.

M. Porak constate que M. Guéniot et lui sont d'accord sur presque tous les points ; mais il ne croit pas que les deux objections formulées contre l'emploi du forceps de Poullet (plus grande difficulté de l'application et compression périlleuse de la tête fœtale) soient des objections capitales : 1° la présence du lien de traction n'est pas de nature à gêner sérieusement l'introduction de la seconde branche ; 2° après de nombreuses applications du forceps de Levret et du forceps de Poullet, il n'a pas remarqué que les impressions laissées sur la tête fœtale fussent plus accusées, après l'emploi de l'un ou l'autre de ces instruments. Les conclusions qu'il a présentées dans la dernière séance ne lui paraissent donc pas devoir être modifiées.

A l'appui de la candidature de M. Perret, professeur de clinique obstétricale à la Maternité de Rennes, au titre de membre correspondant ; M. Richelot lit une observation d'opération césarienne, suivie d'un double succès ; envoyée par le candidat.

L'observation est renvoyée à l'examen de la commission.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 *mai* 1886.

M. Follet lit une observation de **fistule vésico-utérine** traitée et guérie par la suture de la vessie après décollement de cet organe et de l'utérus. L'introduction du doigt dans la vessie a singulièrement facilité le décollement et supprimé tout danger de léser cet organe. Elle a facilité également l'application des sutures. Cette même manœuvre serait peut-être d'un grand secours dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Combinée avec l'abaissement du col à la vulve et l'éversion de la cloison, elle permettrait sans doute d'opérer beaucoup plus aisément sur les fistules vaginales situées très haut. La question a été déjà discutée, mais elle mérite une étude plus complète.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BERLIN.

Séance du 22 *juin* 1886. Présidence du professeur Schrœder.

Présentations. — Hofmeier. — **Un utérus enlevé par la voie vaginale chez une femme de 70 ans.** — A l'examen, on avait trouvé, en arrière du col, envahi par un carcinome, le corps de l'utérus rétrofléchi et très augmenté de volume. De là, l'idée que le néoplasme s'était propagé au corps de la matrice et, par suite, intervention par l'extirpation totale. La fixité de l'organe obligea à lier les ligaments sur place. Quand il fut libéré de toutes ses attaches, son extraction fut néanmoins laborieuse. On risquait soit de déchirer le col devenu très friable, soit de faire éclater la matrice sur un point peut-être aminci par le processus morbide, et par suite, de favoriser l'issue dans le péritoine de la sanie dont l'utérus paraissait rempli. L'opération faite, on constata que le néoplasme était limité au col et que l'augmentation de volume du reste de l'organe était due à l'accumulation dans la cavité utérine d'une grande quantité de liquide sanieux. Convalescence heureuse.

Flaischlen. — **Un utérus enlevé par la méthode de l'amputation supra-vaginale.** — L'examen microscopique avait confirmé le diagnostic de *sarcome*. *A priori*, le pronostic paraissait très grave, en raison de l'état avancé de la dégénérescence. L'extirpation par le va-

gin était matériellement impossible (utérus très gros, très dur; vagin fortement rétréci par de vieilles cicatrices). Il s'écoulait de la cavité utérine un liquide extrêmement fétide. Avant l'opération, raclage et lavages antiseptiques de l'utérus. Néanmoins, lorsqu'on incisa le col, il s'écoula au niveau de la surface de section une sanie extrêmement fétide. Cautérisation au fer rouge de la cavité cervicale et suture du moignon. *Mort par septicémie le troisième jour.* Il est très probable que l'infection se fit au niveau du pédicule cervical.

SCHRŒDER. — **Un col de l'utérus enlevé chez une femme à laquelle, quatre ans avant, il avait enlevé, après laparotomie, le reste de l'organe pour un adénome malin.** — L'extirpation du col fut singulièrement gênée par de solides adhérences, consécutives sans doute à la première opération. Résultat néanmoins heureux.

STRATZ lit un travail sur les **tumeurs obstruant le canal de la parturition dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement** (1). Nous rappellerons ici les conclusions de l'auteur : *Une intervention chirurgicale énergique pendant la grossesse, la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré fournissent des résultats bien supérieurs à ceux que permet d'espérer l'expectation prolongée jusqu'à l'établissement spontané du travail.*

VEIT. — Bien que ne disposant pas d'un ensemble de faits cliniques comparable à celui fourni par Stratz, il croit toutefois qu'il doit faire part du résultat de sa propre expérience. Or, l'impression qui lui reste des cas qu'il a observés ne répond pas entièrement au tableau qui vient d'être tracé. Il cite plusieurs observations de myômes de la matrice et de tumeurs ovariques, en dépit desquelles le travail put s'accomplir sans la moindre complication.

LOHLEIN. — Les résultats heureux annoncés par Stratz et fournis par les opérations faites pendant la grossesse ne doivent pas faire départir de cette règle de conduite que *l'intervention doit être subordonnée aux indications propres à chaque cas.* Que les tumeurs ovariques puissent être opérées avec le même bonheur durant la gestation qu'en dehors de l'état de gravidité, que les myômes et les car-

(1) Voy. *Annales de gynécologie*, mai 1886, p. 394.

cinomes utérins puissent être enlevés sans interruption de la grossesse, ce sont là des faits connus aujourd'hui et dont nous sommes en partie redevables à l'initiative hardie de notre président. Mais il faut, dans chaque cas, se demander si la tumeur est de nature à troubler ou à empêcher la marche naturelle du travail, à interrompre l'évolution normale de la grossesse, si elle provoque des malaises fréquents et sérieux ou si, au contraire, elle ne provoque que des phénomènes réactionnels de peu d'importance. Il faut songer encore à la possibilité d'autres complications. Ainsi, il a observé, chez une femme arrivée au sixième mois de la grossesse et qui avait une tumeur ovarique du volume de la tête d'un enfant, une lésion mitrale. L'accouchement se fit néanmoins à terme et facilement. Deux fois il a vu l'accouchement compliqué par des carcinomes. L'un des cas ne présenta rien de saillant à signaler. Pour le second, il put avec le doigt et la curette enlever une assez grande quantité de tissu morbide au niveau de la portion vaginale, pour extraire ensuite, à l'aide du forceps, un enfant vivant.

Schrœder. — Sans doute, il faut tenir compte des indications spéciales à chaque cas ; néanmoins, l'ensemble des faits présentés par Stratz parle en faveur d'une intervention plus active pendant la grossesse. Il n'ignore pas que le hasard a pu influer sur les résultats si heureux qui ont suivi les opérations pratiquées au cours de la gestation, aussi bien que les suites malheureuses observées dans les cas où l'on a attendu l'établissement spontané du travail.

Pour ce qui est des tumeurs ovariques, les conclusions formulées lui paraissent fondées.

Pour les carcinomes, il est difficile de poser des règles générales; comme la vie de la mère est fortement compromise, l'indication est de différer l'avortement jusqu'à ce que l'enfant soit viable.

En ce qui concerne les myômes, une intervention radicale pendant la grossesse est désirable; il a observé, après des accouchements compliqués par des myômes, des résultats très malheureux, consécutivement à des interventions chirurgicales jugées nécessaires ou à des processus pathologiques développés au niveau de ces tumeurs. (*Central. f. Gynæk.*, n° 9, 1886.)

SOCIÉTE DE GYNÉCOLOGIE DE HAMBOURG.

Séance du 13 avril 1886.

Lomer relate un cas **d'intoxication par une infusion de datura et présente quelques considérations générales sur les substances abortives.**

Femme de 35 ans, mariée, ayant eu cinq enfants. Ses règles ayant manqué de nouveau, elle se plaint à une voisine qui lui fait prendre un infusion, prétendue efficace contre les engorgements de sang. Quelques heures après, Lomer arrive et trouve la patiente sans connaissance, les pupiles largement dilatées, la respiration haletante, le pouls précipité, presque incomptable, environ à 160 ; la peau couverte de sueur. Chose la plus singulière, le corps est agité par un mouvement continuel ; carphologie, balancement de la tête, etc. Un vomitif (ipéca et tartre stibié) détermine l'expulsion d'une certaine quantité d'un liquide brun-verdâtre. Le lendemain, l'intelligence est revenue, mais les mouvements du corps, quoique atténués existent encore ; les pupilles sont toujours largement dilatées et le pouls très fréquent. L'examen permet de reconnaître que la matrice a le volume d'un utérus au quatrième ou cinquième mois de la gestation et qu'il n'existe *aucun signe d'avortement en train de se faire.*

Cela avait lieu dans les derniers jours du mois d'août 1885. Or, le 23 janvier 1886, Lomer était de nouveau appelé auprès de cette femme qui venait d'accoucher d'un *enfant parfaitement sain.*

Ainsi, *malgré l'existence des phénomènes d'une intoxication profonde, la grossesse n'avait pas été interrompue.*

L'analyse chimique démontre qu'il s'agissait d'une infusion de *datura stramonium* et que la malade avait dû prendre 0,2, c. a. environ de daturine.

Lomer a recherché dans la littérature médicale les faits analogues, surtout dans le but de savoir si le datura devait être rangé parmi les substances abortives. Ce n'est pas, en tout cas, un remède populaire ; on trouve sans doute, dans les auteurs anciens, que la pomme épineuse exerce une action spéciale sur le système génital, mais cette affirmation n'est pas établie par des observations autenthiques. On s'en est peut-être servi, de temps à autre, pour tâcher de provoquer l'avortement ; mais le fait précédent suffit à prouver son inefficacité absolue. Lomer a trouvé une observation analogue à la sienne. Les

phénomènes d'intoxication avaient été aussi accusés que chez sa cliente, et la grossesse était arrivée parfaitement à terme.

Lomer a fait pour la belladone les mêmes recherches que pour le datura. En Grèce, la belladone est, en effet, employée par les femmes comme substance abortive. Mais si l'avortement se produit, ce résultat doit être attribué aux traumatismes des organes génitaux, produits durant l'application du remède. Dans un cas, une femme a pu prendre 9 *centigrammes d'atropine sans qu'il y ait eu interruption de la grossesse.*

Il s'étonne, en revanche, que des auteurs compétents aient déclaré que l'opium pouvait très facilement et très fréquemment provoquer l'avortement. Il n'a trouvé dans la littérature aucun fait qui plaidât en faveur de cette opinion défendue par d'Outrepont. Il est, au contraire, habituel de recourir à l'opium pour combattre des avortements imminents, pratique qui, d'ailleurs, donne de bons résultats. Röhrig a démontré, expérimentalement, l'action sédative de l'opium sur l'utérus.

En résumé, *il n'y a pas de substance qui, ingérée par la bouche, soit capable d'interrompre sûrement, et sans danger, la grossesse. L'efficacité, dans les tentatives d'avortement, est toute dans les moyens, et les manœuvres qui agissent localement.* Si, dans certains cas, on a pu voir l'avortement se produire après l'usage de substances drastiques, ce n'a été que secondairement, et comme conséquence d'un affaiblissement général et d'une atteinte profonde de l'organisme.

Ratjen ne pense pas que l'aloès soit aussi inefficace.

Lomer a pu faire prendre, à des femmes enceintes, des pilules d'aloès sans qu'il en soit résulté le plus petit accident.

Hackermann a vu l'avortement se produire après l'ingestion de trois quarts de setier de cognac.

Piza a soigné une femme enceinte qui put absorber trois quarts de litre d'eau-de-vie sans avorter.

Prochownick a vu l'avortement succéder à des purgations énergiques.

Cohen l'a également observé après l'emploi des pilules suisses.

Roether fait remarquer que, dans la Prusse orientale, la sabine, le succin et l'arsenic sont souvent employés comme abortifs. Mais que, généralement, l'avortement ne se produit qu'après qu'il s'est déjà produit des phénomènes de gastro-entérite intense.

Reusch considère les injections chaudes d'une infusion de camomille comme un moyen abortif puissant. (*Cent. für Gynæk.*, n° 21, 1886.

D^r R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 4 février 1886.

Cas de déchirure du col avec des symptômes uniques, par le D^r Ch. M. Wilson. — La première malade avait un rein flottant qu'on accusait de produire des douleurs dans l'abdomen, de la céphalalgie et de la photophobie. Un examen soigneux fit découvrir une large déchirure bilatérale du col. On la sutura, et dès lors les symptômes disparurent, quoique la malade ait toujours son rein flottant.

Cas II. — La malade fut envoyée à Wilson comme atteinte de cancer du rectum : douleurs lombaires et céphaliques, constipation, selles rubanées, douleur atroce pendant la défécation. A l'examen au spéculum, W. trouva une large déchirure bilatérale du col. Il redressa l'utérus, régularisa le col et fit des applications astringentes sur l'ulcération rectale. La malade fut guérie.

Cas III. — La malade souffrait d'une névralgie ovarique intense, elle avait une leucorrhée abondante et l'ovaire droit très gros. Elle avait tenté de se suicider. On diagnostiqua un pyosalpinx et on conseilla l'oophorectomie. La suture du col déchiré fit cesser tous les symptômes.

Le cas IV est analogue, quoique les symptômes fussent moins accusés.

Le D^r Baer fait remarquer que les symptômes ne sont pas dus à la déchirure, mais à ses conséquences inflammatoires ; aussi le traitement préparatoire est-il nécessaire, et il peut être de longue durée.

Le D^r J. Price croit que le tissu cicatriciel des bords déchirés amène un engorgement local et l'hypertrophie.

Le D^r Wilson, en terminant, recommande, comme préparation, un repos complet, les douches chaudes et le glycérolé de tannin.

Le D^r Howard A. Kelly présente un **hématome de l'ovaire et une trompe adhérente.**

Le Dr J. PRICE présente un **pyo-salpinx.**

Le Dr BEATES présente un **sarcome utérin diffus avec métastase hépatique et pulmonaire.** — La malade, âgée de 59 ans, paraissait cancéreuse. Vagin impénétrable, rempli de néoplasmes. Pièces recueillies à l'autopsie : utérus aminci, vagin détruit, vessie indemne, urèthre perforé, rectum sain. Le microscope révéla un sarcome à petites cellules. Dépôts sarcomateux dans le foie.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Séance du 15 *janvier* 1886.

Le Dr Ch. W. EARLE lit un mémoire intitulé **Les pertes aqueuses de la femme enceinte.** Après avoir raconté trois cas, l'auteur fait l'historique de la question et cite Smellie, Denman (1815), qui attribue la perte à la rupture de quelques lymphatiques ; Burns (1822), qui croit que le liquide vient des glandes circa-cervicales, ou des lymphatiques, ou qu'il s'est accumulé entre l'amnios et le chorion, ou qu'il est constitué par le liquide amniotique d'un fœtus flétri, dans le cas de jumeaux. Merriman (1826) raconte l'histoire d'une femme qui eut de fréquentes pertes aqueuses dès le sixième mois ; à terme, son accoucheur creva la poche et ne put trouver aucune autre ouverture dans le sac fœtal ; le liquide venait donc, dit-il, de quelque point hors des membranes. Chailly (1844) parle à peu près de même.

L'origine de cette hydrorrhée a été discutée. Barnes (*Traité d'obstétrique*, p. 255) lui reconnaît cinq sources : 1° le canal cervical ; 2° la caduque (Hegar, *Monats. für Geb.*, 1863) ; 3° la transsudation à travers les membranes ; 4° la dégénérescence hydatiforme de l'œuf ; 5° les excroissances en chou-fleur.

Le liquide versé par les glandes du col ne peut être fort abondant et son écoulement doit être prolongé ; la quantité du liquide amniotique n'en est point diminuée, le fœtus continue de flotter.

Si le liquide s'est amassé entre les membranes, la perte sera abondante et pourra ou non se répéter.

Si la perte est constituée par du liquide amniotique, les contractions utérines se produiront probablement ; le microscope y fera reconnaître la présence de l'urine ; le volume de l'utérus sera diminué.

La transsudation à travers les membranes ne peut donner lieu à une perte abondante.

La vie de la malade n'est pas en danger ; mais souvent elle souffre beaucoup ; le fœtus est souvent expulsé prématurément et parfois ne tarde pas à succomber. Le traitement consiste dans le repos et les calmants.

Le Dr H. P. MERRIMAN raconte un cas où la femme eut trois pertes abondantes à deux ou trois semaines d'intervalle ; elle avorta un peu après la fin du sixième mois, et il cite le cas d'un fœtus qui vint au monde enveloppé par l'amnios et laissant le chorion dans l'utérus, ce qui montre la possibilité de la séparation des deux membranes et d'un épanchement de liquide entre elles. Il y a donc une maladie des membranes qui peut être la cause de l'avortement.

Le Dr H. T. BYFORD raconte un cas curieux dans lequel la femme perdit les eaux, le cordon fit procidence ; le Dr C. R. Parke, qui la soignait, réduisit le cordon et administra de la morphine ; trois mois après, la femme mit au monde un enfant vivant.

Le Dr W. W. JAGGARD dit que l'histoire de l'hydrorrhée de l'utérus gravide est très claire. C. Braun (*Zeits : der Wiener Aertze*, 1858, nº 7, p. 257) et C. Hennig (*Der Katarrh d. inneren weiblichen Geschlechtstheilen*, 1862, p. 48) ont bien décrit son anatomie pathologique.

Le Dr E. W. SAWYER croit que l'hydrorrhée des femmes enceintes n'est que l'effet de la transsudation du liquide amniotique à travers les membranes. C'est l'opinion de Charpentier (1).

Charpentier, dit le Dr W. W. Jaggard, cite la thèse de concours de Stapfer (Paris, 1880), et ajoute que la théorie allemande lui semble la plus probable.

Le Dr Earle, en terminant, dit un mot sur la perte aqueuse qui suit parfois l'accouchement. Il ne s'est pas étendu sur ce sujet pour ne pas allonger son mémoire.

Le Dr E. J. DOERING lit un mémoire sur la **grossesse hydatiforme**. Après une courte discussion sur l'étiologie et la pathologie de la dégénérescence kystique des villosités choriales, Doering rapporte le cas suivant. Mme W. D. P..., âgée de 21 ans, est accouchée, il y a quinze mois, d'un garçon pesant 10 livres, à l'aide du forceps. Elle a eu ses règles à la fin d'octobre 1885. En novembre, elle ne *voit* rien,

---

(1) Dans son *Traité d'accouchements*, t. I, p. 837, Charpentier cite les diverses hypothèses avancées, mais il ne se prononce en faveur d'aucune. (A. C.)

mais ne se croit pas enceinte, en l'absence des symptômes habituels. En décembre, elle se fatigue et se sent mal à l'aise. Le dimanche avant Noël, elle perd, sans douleur, du sang, et croit que ce sont ses règles. Le jour de Noël, pendant son repas, elle est prise soudainement d'une forte hémorrhagie qui amène une syncope. L'hémorrhagie s'arrête et Doering trouve un utérus aussi développé qu'il le serait à 4 mois. La nuit suivante, nouvelle hémorrhagie moins abondante. Forte perte le matin du 28 décembre, toujours sans douleur; le col se dilate un peu; Doering tamponne le vagin et donne de l'ergot. Les douleurs s'éveillent et expulsent une môle hydatiforme caractéristique, grosse comme une grosse orange. La température ne s'éleva point, et le pouls ne dépassa pas 95. Quinine, ergot, injections phéniquées.

Le quatrième jour la température monte à 40°,4, la malade vomit, est altérée, a de la tympanite, les lochies s'arrêtent, le ventre n'est pas douloureux.

Aujourd'hui, dix-huit jours après l'expulsion de la môle, M^me P... est bien, elle se prépare à faire un voyage.

Le D^r Earle a vu un cas analogue, la malade n'expulsa pas d'embryon; mais le musée du Collège des Médecins et des Chirurgiens présente une pièce dans laquelle la môle hydatique est accompagnée d'un fœtus de 39 centimètres de longueur (1).

Intubation du larynx, par le D^r Waxham (thèse inaugurale). L'introduction d'un tube dans le larynx, méthode du D^r O'Dwyers, présente les avantages suivants :

1° Les parents n'y font pas d'objection comme à la trachéotomie.

2° Elle fait aussi bien cesser la dyspnée, et on n'a pas à regretter, si l'enfant meurt, d'avoir fait une opération sanglante.

3° Le tube laryngien produit moins d'irritation que la canule trachéale, il est plus petit et n'est serré nulle part qu'au niveau de la glotte.

4° L'expectoration est plus facile qu'avec la canule trachéale.

5° L'orifice supérieur du tube se trouvant dans la bouche, l'air y arrive échauffé et humide, l'enfant risque donc moins de prendre une pneumonie.

---

(1) Barnes (*Traité d'obstétrique*, p. 365) raconte, d'après Montgomery, le cas d'une dame qui accoucha d'abord d'une môle hydatique, puis, six mois après, d'un fœtus, qui devint le célèbre Béclard. (A. C.)

6° Il n'y a pas de sang versé.

7° Elle est facile et sans danger.

8° Elle ne fait pas de plaie qui puisse servir de porte ouverte à l'infection.

9° La convalescence est rapide, et il n'y a pas de plaie à guérir lentement.

10° Le malade n'a pas un besoin constant du médecin.

11° Waxham croit que cette méthode est préférable à la trachéotomie; elle n'a qu'un inconvénient, la difficulté de son exécution.

(*Résumé*, d'après l'*Amer. Journ. of Obst.*, 1886, page 487, par A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de grossesse extra-utérine; expulsion du fœtus à travers la paroi vaginale postérieure. Guérison (A case of extra-uterine pregnancy, discharge of fœtus throug the posterior vaginal wall. Recovery), par W.-T. Lusk. — A. M..., 32 ans, entre à « Bellevue hospital » le 25 mai 1885. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a trois ans environ. A son dernier accouchement, elle fut privée de toute assistance. Depuis lors, elle a eu constamment des douleurs pelviennes. Admise à « Mont-Sinaï hospital » elle y resta une année, et, entre temps, y fut opérée pour une déchirure du col. Après sa sortie, les douleurs pelviennes reparurent. Cependant, elle put travailler jusqu'à six mois avant son entrée à « Bellevue hospital ». Après son dernier accouchement, les règles se montraient chaque deux ou trois semaines et duraient de deux à trois jours. Pendant le mois qui précéda son admission, il survint chaque semaine une perte de sang qui durait de deux à trois jours. Le jour même de son entrée, elle fut prise de douleurs sévères qui s'accompagnèrent d'un certain degré de collapsus. Le premier examen fit constater dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur tendue, fluctuante, qui repoussait l'utérus en haut et en avant. Le lendemain T. Lusk fit le diagnostic *d'hématocèle récente;* le sang étant encore à l'état liquide. Le 30 mai, nouvel examen. La tumeur, toujours fluctuante, a augmenté de volume, elle s'étend à gauche de la ligne médiane. Ces modifications font penser à la possibilité d'une

grossesse extra-utérine, mais une ponction aspiratrice ayant donné issue à du sang presque pur, le premier diagnostic paraît confirmé. Cependant la tumeur continue à croître. Le 25 juin, le col est aplati contre la symphyse pubienne, le corps de l'utérus affleure à l'ombilic. Le développement de la tumeur vers le côté gauche est plus accusé. La cavité utérine mesure de 7 à 8 centimètres, l'utérus est parfaitement mobile. En raison des battements vasculaires, constatés au niveau des parois vaginales, et en considération des commémoratifs, Lusk conclut définitivement à une *grossesse extra-utérine.*

Une nouvelle ponction, pratiquée avec une seringue hypodermique, amène une petite quantité d'un liquide clair, dépourvu de fibrine, contenant quelques traces d'albumine, quelques leucocytes et une quantité considérable de cellules épithéliales pavimenteuses ; fluide amniotique vraisemblablement. Le 17 juin on prescrit l'application des courants faradiques, deux fois par jour, cinq minutes chaque fois ; le pôle positif étant appliqué sur le côté gauche, le négatif sur la surface de la tumeur; alternativement, à travers le vagin et le rectum. Le 19 juin, T., 38°,8; on suspend l'application des courants faradiques. Le 20, T., 39° environ. Mais le 2 juillet la température redevient normale. La patiente n'accuse aucune douleur et déclare qu'elle se sent très bien. Le pouls est de 90 à 120 ; il est fin et dépressible. Diarrhée légère. Le jour suivant la température atteint presque 38° ; la diarrhée est presque continuelle. Le 8 juillet la diarrhée a disparu, mais la température est dans les environs de 40°, le 10 juillet elle est à 40°. En raison de la faiblesse du pouls, on administre des stimulants. Le 15, la garde remarque une tumeur en saillie sur la paroi vaginale postérieure, et le Dr Sayre constate une déchirure à travers laquelle s'engage une tête fœtale. Après avoir agrandi la déchirure avec les doigts, il retire un fœtus qui mesure 185 millimètres et dont le cordon a environ une longueur de 208 millimètres. Délivrance artificielle. Pas d'hémorrhagies. La patiente est extrêmement faible. P. 144 ; R., 58. On fait successivement six injections hypodermiques de wisky et une injection de morphine. Mais en raison de la faiblesse extrême, on s'abstient des lavages antiseptiques immédiats. Vers la mi-septembre la malade se lève et elle peut retourner chez elle, le 1er octobre, parfaitement guérie. (*Am. Journ. of. Obst.,* mars 1886.)

Nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice. — M. le professeur Vulliet (de Genève) a imaginé et expérimenté, depuis quelques mois, un procédé nouveau de dilatation permanente de la matrice. La méthode est assez efficace pour permettre de prendre des photographies et de faire des moulages de la cavité utérine, et l'on conçoit dès lors combien elle doit faciliter le traitement local de certaines affections. Le principal inconvénient, c'est qu'elle exige parfois un temps assez long; de quelques jours à *quelques semaines.* « *Elle est souvent longue et exige beaucoup de patience et de la part du chirurgien et de la part de la malade,* » écrit M. Bétrix, chef de clinique à la Maternité de Genève.

Voici, en résumé, en quoi elle consiste : 1° *dilater le col,* et, pour cela, on emploie les instruments les plus commodes, suivant les cas : sondes utérines, bougies uréthrales, sondes à injections intra-utérines, dilatateurs à branches....., etc. ; 2° *dilater la cavité utérine,* ce que l'on fait à l'aide de *tampons de coton iodoformés.* Ces tampons, de volume variable, doivent pénétrer en entier dans l'utérus, où ils séjournent vingt-quatre à quarante-huit heures. On en introduit trois ou quatre dès la première séance. A chaque fois qu'on les renouvelle on en met un plus grand nombre. Quand les circonstances exigent une dilatation plus rapide, on substitue avantageusement aux tampons iodoformés les tiges dilatatrices de laminaire, par exemple.

Il est *indispensable,* pour l'exécution de la méthode, de placer la patiente dans la position génu-pectorale, le siège étant fort relevé, de façon à produire une forte ensellure au niveau de la région lombaire. Avec une valve de Sims, on relève fortement en haut la fourchette et la paroi vaginale postérieure. Grâce à ce procédé, M. Vulliet a obtenu des résultats relativement favorables, surtout chez des personnes atteintes de carcinomes de la matrice. (*Nouvelles Arch. d'obst. et de gynécol.*, janvier 1886.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

Le gérant : A. LEBLOND.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXV

Janvier à Juin 1886.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXV

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXVI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris.....................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe..................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale; ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, successeur de H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, T. GALLARD, TILLAUX

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XXVI

Contenant des travaux de MM.

Bubendorf, Byford, Engelstrom, Gallard, Herrgott, Loviot, Pajot, Pinard, Ribemont
Rivière, Terrillon, S. Thomas (Lyden), Tillaux.

1887

(2e SEMESTRE)

PARIS

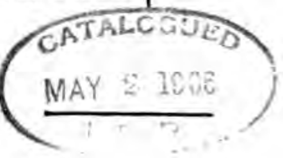
G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1886

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof. d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
GAUTRELET, profess. d'acc. à l'école de méd. de Dijon.
GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes
HUE (Jude), de Rouen.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. à la Faculté de méd., chirurgien de la Maternité.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôp., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉLANOSE GÉNÉRALISÉE
AYANT DÉBUTÉ PAR UNE PETITE LÈVRE DE LA VULVE.

Par le Dr Terrillon.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les cas de mélanose généralisée ayant débuté par la vulve, sont rares et n'ont jamais donné lieu à un travail spécial.

Aussi je crois utile de publier une observation que j'ai pu recueillir à la Salpêtrière et qui est intéressante à plusieurs titres. On pourra trouver quelques indications, sur ce sujet, dans l'article *Vulve*, de l'Encyclopédie de Pitha et Billroth et, dans un article de Geith (sarcome pigmentaire des organes génitaux), *in Centralblat fur Gyn.*, 1881.

N'ayant pas l'intention de faire un travail complet sur ce sujet, je me contenterai de donner cette observation aussi détaillée que possible, avec l'examen histologique de la tumeur primitive et des tumeurs secondaires, ainsi que l'examen microscopique du sang.

Leroux (Rosalie), âgée de 62 ans, entre le 28 avril 1885, à l'infirmerie de l'hospice de la Salpêtrière.

C'est une ancienne malade de la maison, hystérique, dont les attaques ont cessé déjà depuis quelques années, mais à qui il est resté une demi-anesthésie de tout le côté gauche. A peu près complètement aliénée, elle ne donne que des renseignements très vagues sur le début de la maladie qui l'a conduit dans le service de chirurgie. Elle était auparavant dans le service de M. le professeur Charcot. Elle ressent, dit-elle, depuis quelques mois, quand elle prend ses soins de propreté, quelques douleurs à la vulve et presque régulièrement l'éponge est souillée de sang.

Elle se fatigue, à son dire, plus facilement, et elle paraît à ceux qui la connaissent depuis plusieurs années avoir perdu, dans ces derniers mois, de sa gaieté et de son verbiage d'aliénée.

Sur la face interne de la petite lèvre, du côté droit, existe une petite tumeur du volume d'une grosse noisette, dure, régulière, sans bosselures ni crevasses et absolument noire. Elle s'étale par des prolongements au delà de son point d'insertion et est complètement mobilisable avec la petite lèvre. Tout autour de cette tumeur, la muqueuse est noire et sa pigmentation uniforme laisse entre ses taches quelques traînées de peau saine. Cette coloration existe, absolument identique sur la lèvre du côté opposé, se prolonge dans le vagin, dont elle occupe toute la muqueuse, et l'examen au spéculum la montre encore sur celle du col de l'utérus. Mais nulle part ailleurs n'existe d'autre tumeur. On ne saurait mieux comparer le ton général de la teinte qu'à celle des palais bruns de quelques chiens de race. Les plis de l'aine, absolument sains, ne présentent pas un ganglion.

Le palper profond de la fosse iliaque ne montre l'existence d'aucune bosselure.

Du reste, point de douleurs spontanées. L'examen, le palper ne sont pas douloureux non plus.

La malade est mise en observation. Elle demeure ainsi deux mois à l'infirmerie. La pigmentation ne subit pas de changement. Cependant la tumeur semble augmenter un peu de volume.

La malade est opérée le 28 juin 1885.

La tumeur est excisée à l'aide du thermo-cautère chauffé au rouge sombre, en ayant soin de disséquer dans le tissu cellulaire profond, afin de laisser intacte la tumeur.

L'ablation complète ne détermine pas l'issue d'une goutte de sang. Il a fallu dix minutes pour la pratiquer; la malade était anesthésiée. Il ne reste, après l'opération, qu'une plaie de 4 centimètres sur 3, allon-

gée dans le sens de la lèvre et recouverte d'une eschare noirâtre.

Pansements phéniqués à l'aide d'une compresse fréquemment renouvelée.

La plaie se cicatrise peu à peu, par seconde intention, sans aucune espèce de complication. On réprime les bourgeons à l'aide du nitrate d'argent.

Le 15 juillet. La malade est absolument guérie, sans repullulation apparente de la tumeur, mais portant toujours la pigmentation vulvo-vaginale. Elle sort de l'infirmerie le 1er août, pour entrer dans une division de l'hospice, où elle continue à remplir les fonctions de commissionnaire et où il est facile de la suivre pour étudier l'évolution secondaire du mal.

La tumeur ainsi enlevée a été examinée par M. Babinski, qui a eu l'obligeance de me remettre la note suivante : Elle a été examinée sur des coupes après durcissement par l'alcool et coloration par le picro-carmin ou l'hématoxyline. On voit sur ces coupes que l'épiderme, au niveau de partie moyenne de la tumeur, est notablement altéré ; on ne distingue plus les diverses couches les unes des autres et il est difficile de distinguer l'épiderme du derme ; sur les parties latérales de la tumeur, l'épiderme est facilement reconnaissable, mais il est modifié ; on trouve entre les cellules épidermiques un grand nombre de cellules remplies de pigment avec prolongements multiples.

Les cellules profondes du stratum de Malpighi contiennent du pigment, les papilles sont remplies de cellules plus ou moins volumineuses arrondies ou de formes irrégulières et très pigmentées ; enfin, si l'on s'éloigne de la tumeur, on constate que les cellules de la première rangée du stratum de Malpighi sont presque toutes pigmentées.

Si, de l'épiderme on passe à l'examen des parties centrales de la pièce, on voit que la tumeur s'enfonce profondément dans le derme ; elle est constituée principalement par des cellules, pour la plupart arrondies, de volume variable, dont les unes, assez rares, ont de 30 à 40 μ de diamètre, dont la généralité présente un diamètre de 10 à 15 μ ; ces cellules sont accolées les unes aux autres et agglomérées en formant soit des nodules soit des noyaux plus ou moins réguliers, séparés les uns des autres par du tissu conjonctif, qui contient des vaisseaux assez nombreux et dilatés ; la plupart des cellules de la tumeur contiennent des granulations de pigment dans leur intérieur ; aucune de ces cellules ne présente de prolongements, de dentelures. Le point de départ du néoplasme n'est pas très facile à établir sur ces

coupes, et l'on peut se demander si la tumeur a son origine dans l'épiderme ou dans le derme ; mais la seconde hypothèse est la plus vraisemblable si l'on tient compte de la structure de la tumeur qui ne rappelle aucunement la structure de l'épithélioma pavimenteux, mais se rapproche bien plus de celle du sarcome. — L'examen des nodules secondaires montre très nettement que ceux-ci sont constitués par du tissu de sarcome.

Il s'agit donc bien là d'un sarcome mélanique.

Le 15 *octobre*, on ne trouve aucune altération de la cicatrice et aucune formation d'une nouvelle tumeur du côté du vagin.

Dans les premiers jours de *novembre*, la malade, qui a beaucoup maigri, vient nous montrer une masse ganglionnaire, bosselée, qui occupe l'aine droite, du côté de la petite lèvre, siège de la tumeur primitive.

A partir de ce moment apparaissent des tumeurs multiples qui se développent rapidement dans différents points du corps. L'état général devient plus mauvais, la malade marche difficilement et perd l'appétit. Enfin, tout indique une altération de plus en plus profonde de l'économie.

Voici ce qu'on trouve à l'examen pratiqué le 17 février 1886, huit mois après l'opération :

La lésion mélanique a beaucoup progressé. Les grandes lèvres sont œdématiées.

La cicatrice de la petite lèvre enlevée reste intacte, mais sur l'autre on voit plusieurs petites tumeurs noirâtres saillantes.

L'orifice de l'urèthre est envahi.

On trouve une masse noirâtre, grosse comme le petit doigt, sur la face postérieure du vagin.

La surface de cet organe est presque complètement noire ainsi que le col de l'utérus.

Dans l'aine, du côté droit, se trouve une tuméfaction ganglionnaire volumineuse comme le poing, bosselée et adhérente aux parties profondes.

La peau à son niveau est intacte, mais on voit à travers cette peau amincie, la coloration noire de la tumeur sous-jacente.

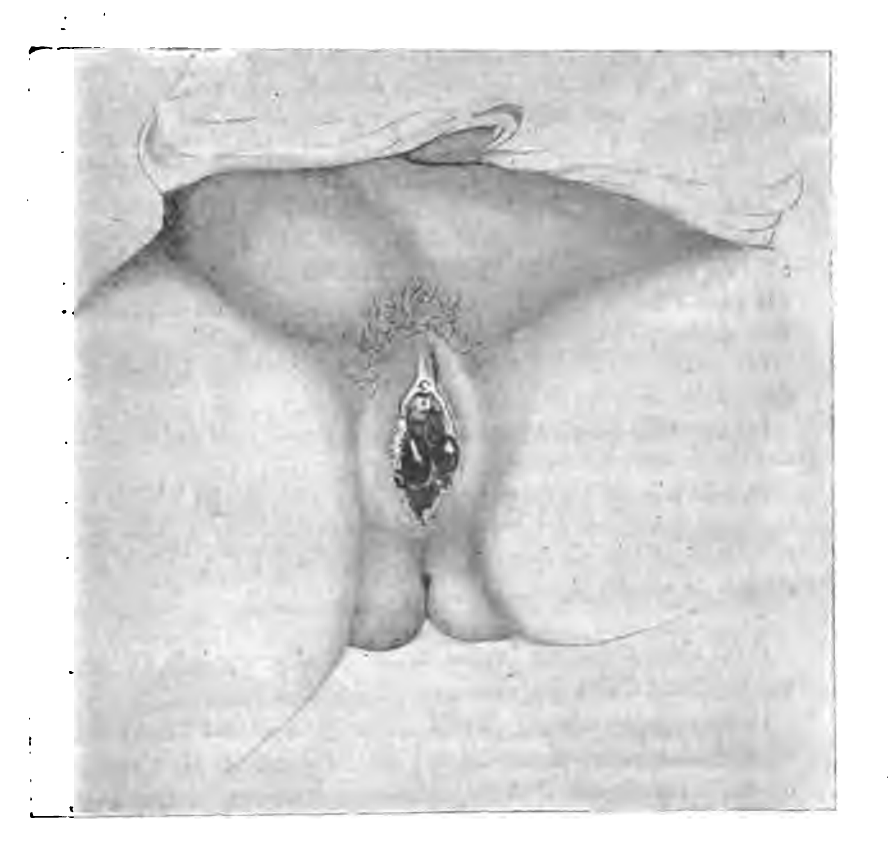
Dans l'aine gauche, on trouve quelques petits ganglions encore isolés et indurés.

Enfin, un ganglion assez volumineux existe dans le creux sus-clavi-

culaire du côté droit, et dans la région du dos, une tumeur noirâtre, du volume d'une noix, existe dans la peau.

L'état général est mauvais, la malade a maigri, la face est bouffie, l'abdomen a augmenté de volume et est œdématié, et sa circulation collatérale est augmentée.

Œdème des membres inférieurs.



Examen du sang. — Les globules blancs sont très nombreux et on trouve une grande quantité de granulations noirâtres très fines disséminées entre les globules. Quelques-unes sont adhérentes aux globules blancs.

Examen de l'urine. — Mise dans un verre à pied bien propre, et

exposée quelque temps à l'air, elle prend une teinte noirâtre, presque aussi foncée que de l'encre.

1er *mars* 1886. Tous les phénomènes indiqués plus haut ont augmenté d'une manière considérable, ces jours derniers.

L'œdème a gagné toutes les régions du corps et le ventre est très volumineux.

Une dyspnée violente, des douleurs vives dans l'abdomen empêchent la malade de reposer. Elle meurt le 6 *mars*.

Autopsie. — Outre les lésions déjà décrites, on trouve, non seulement les ganglions inguinaux et iliaques envahis par une substance noire, souvent réduite en bouillie, mais encore tous les ganglions abdominaux et thoraciques ont subi la même altération.

Le foie est rempli de petits noyaux noirâtres ainsi que la rate.

L'examen histologique pratiqué par M. Cornil démontre qu'on a affaire à un sarcome mélanique généralisé. Sur des coupes du vagin et des petites lèvres, on voit que les papilles sont remplies d granulations noires qui gorgent les plus petits vaisseaux sanguins.

Les autres vaisseaux du tissu conjonctif sont comme injectés par des cellules remplies de granulations.

Les ganglions lymphatiques envahis, sont transformés en totalité en une masse sarcomateuse pigmentaire.

Dans le foie, les parties noires sont constituées par des lobules entièrement noircis par des granulations au pourtour de ces parties; les cellules hépatiques contiennent quelques grains et les capillaires sont remplis de cellules pigmentaires.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue qui méritent d'être discutés avec quelques détails.

Cette sarcomatose pigmentaire s'est présentée ici dans des conditions analogues à celles qui ont été signalées par Kaposi, en 1870 (*in Traité d'Hebra*, *Maladies cutanées*, t. II), avec cette différence que dans la plupart des observations publiées par cet auteur, le début a eu lieu au niveau des extrémités des membres.

Mais, ainsi que le fait remarquer Perrin dans sa thèse (1886) sur la *sarcomatose cutanée*, cette affection peut, dans certaines circonstances, débuter par d'autres points, le cou, le tronc, etc., et même par les organes génitaux.

L'observation de Demange (in thèse de Perrin), dans laquelle le début eut lieu au niveau de la muqueuse du gland, le démontre nettement.

Cette observation est assez semblable, par certains détails, avec la mienne, car le premier point envahi par le sarcome mélanique fut la muqueuse du gland, c'est-à-dire une muqueuse qui, par ses caractères, est identique à celle qui tapisse les petites lèvres.

Cette muqueuse, en effet, a des caractères plutôt cutanés que muqueux, et peut, dans le cas présent, être considérée comme de la peau. Aussi la loi générale qui veut que cette sarcomatose mélanique commence presque toujours par la peau ou la choroïde, reste donc à peu près intacte.

Comme dans les autres cas, le point de départ fut d'abord localisé en un point limité, et resta ainsi pendant un temps assez long. La tumeur primitive était devenue relativement peu volumineuse, malgré le temps depuis lequel elle était apparue.

Les tumeurs secondaires qui se développèrent sur la vulve et sur la petite lèvre voisine ne présentèrent pas non plus un gros volume, ainsi que cela arrive le plus souvent.

Un caractère assez spécial chez ma malade, fut la pigmentation très étendue de toute la surface du vagin, et qui succéda très rapidement à l'apparition de la tumeur de la petite lèvre droite.

Cette pigmentation, développée par zones, formant une apparence tigrée, envahit tout le vagin et même le col de l'utérus. Malgré cet état de pigmentation qui dura près d'un an avant la mort de la malade, il n'y eut aucune autre altération de la muqueuse vaginale, que la formation de pigment. Dans les papilles, dans les vaisseaux capillaires et dans les couches les plus profondes du corps de Maliphgi, on trouvait des grains de pigment nombreux, accumulés. Cet état curieux a été rarement signalé et surtout sur une aussi grande étendue.

Chez ma malade, la généralisation fut d'abord assez lente, puisque lorsque j'enlevai la tumeur primitive de la tumeur de

la petite lèvre, aucun ganglion n'était envahi : ce ne fut qu'après un an environ, que leur envahissement commença. Mais lorsque ces ganglions se furent développés, dans l'aine droite, ce qui se fit rapidement, on vit bientôt après, apparaître des lésions des ganglions éloignés (au cou), des nodosités dans la région du dos. En même temps tout indiquait un envahissement rapide des ganglions profonds de l'abdomen et du thorax. L'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale, ainsi que la difficulté croissante de la respiration indiquaient nettement une gêne de la circulation par compression des vaisseaux intra-abdominaux et thoraciques.

Après quelques semaines de cet état, les phénomènes marchèrent avec une telle rapidité qu'on voyait cette malade s'affaiblir de jour en jour et s'œdématier davantage, à mesure que la respiration devenait plus embarrassée et que l'œdème violet de la figure s'accentuait.

Quelque temps avant sa mort, et à plusieurs reprises, j'ai pratiqué avec soin l'examen de l'urine et du sang. Ainsi que l'avait indiqué M. Nepveu, dans des cas analogues, j'ai trouvé une exagération notable des globules blancs. La numération comparative avec le nombre des globules rouges n'a pas été faite.

En même temps on trouvait dans le sérum un grand nombre de granulations noirâtres très fines, dont quelques unes étaient incrustées dans un certain nombre des globules blancs.

L'urine donnait après son refroidissement une coloration noirâtre, un peu analogue à celle fournie par l'intoxication par l'acide phénique, mais plus verdâtre. Enfin, quand on examinait le dépôt de l'urine, on trouvait quelques cellules du rein contenant des granulations noires très fines.

On peut donc affirmer que tout le sang de cette malade était rempli de granulations pigmentaires, qui étaient ainsi entraînées par le torrent de la circulation dans la plupart des organes et étaient en partie éliminées par le rein.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES RELATIVES A

L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA CIRCULATION.

Par le Dr Otto Engelström, professeur agrégé (Helsingfors).

L'état de grossesse imprime des modifications profondes dans l'organisme de la femme, mais les altérations les plus considérables ont certainement leur siège dans la matrice. Il suffit, en effet, de rappeler, outre la colossale augmentation de volume de cet organe, l'énorme développement que prennent ses vaisseaux, aussi bien en longueur et en épaisseur, et la multiplication remarquable de leurs ramifications; si bien qu'on pourrait presque dire qu'ils constituent pour le corps un nouveau système vasculaire. Les artères y communiquent, par places, directement avec les veines. Celles-ci, de leur côté, sont en communication intime avec les couches musculaires environnantes et s'abouchent entre elles par de nombreuses anastomoses, formant ainsi, surtout à l'insertion du placenta, un réseau bien développé; les vaisseaux, fortement distendus, s'y rencontrent sous des angles plus ou moins aigus et forment à leur confluent des replis saillants (éperons).

Mais quelle influence exercent sur le fonctionnement du cœur gauche les altérations organiques causées par la grossesse et, en particulier, le développement vasculaire dont la matrice gravide est le siège?

Chose étrange, cette question a été peu étudiée, même dans ces derniers temps.

Spiegelberg (1) paraît être le premier qui se soit proposé d'y répondre. Avant lui, plusieurs auteurs avaient constaté qu'une femme atteinte d'une lésion du cœur pouvait, pendant la gros-

(1) *Ueber die Complication des Puerperiums mit chronischen Herzkrankheiten.* (*Arch. für Gynäk.*, Bd 2, s, 236.

sesse et l'accouchement, être exposée aux plus graves troubles de la circulation. Spiegelberg donne de ce fait l'explication suivante : « Durch die Einschaltung des Placentarstromgebietes zwischen Uterinarterien und Venen, durch die wenn auch Experimenten noch nicht festgeslente, aber klinisch nachweisbare Zunahme des Blutquantums in der Schwangerschaft steigt der Widerstand im Gebiete der Aorta und damit die Arbeit für das Herz. » (Par suite du développement entre les artères et les veines utérines du tissu placentaire, essentiellement vasculaire, en raison aussi de l'augmentation, non confirmée encore par les recherches expérimentales mais parfaitement démontrée par la cliniqne, de la quantité du sang, les résistances sont plus grandes dans le domaine de l'aorte et conséquemment le travail dévolu au cœur est aussi plus considérable.)

Cette explication, qu'il a insérée plus tard dans un remarquable traité d'obstétrique, paraît être assez généralement acceptée, entre autres par Lusk (1) et même par Porak (3), lequel pourtant s'exprime avec une certaine réserve : « L'adjonction du système utéro-ovarien, dit-il, n'augmente pas d'une façon très importante les résistances, » Du moins, l'opinion de Spiegelberg n'a-t-elle pas rencontré de contradictions importantes. On paraît s'être fondé, pour l'accepter, sur le fait bien connu que la quantité de liquide qu'on peut, sous une pression constante, faire passer par un tube simple, d'épaisseur uniforme, diminue si l'on recourbe fortement le tube, même sans en modifier le calibre, ou si on l'allonge, ou encore si on lui fait subir de rapides alternatives de distension et de rétrécissement. Mais la conclusion qu'on a voulu tirer de ce fait est inexacte, comme le dit fort bien Lahs (1).

---

(1) *The science and art of midwifery.* London, 1881, p. 93.

(2) *De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies de cœur.* Thèse de Paris, 1880, p. 17.

(3) *Vorträge und Abhandlungen zur Tokologie und Gynäkologie.* Harburg, 1884, s. 27.

En effet, on ne se souvient pas assez que ces résistances plus grandes du système vasculaire de l'utérus gravide sont compensées par d'autres circonstances qui facilitent le cours du sang : ainsi l'élargissement du tronc des artères utérine et utéro-ovarique, l'augmentation du calibre des veines utérines et des autres vaisseaux de cet organe.

Pour se rendre compte de l'influence de l'utérus gravide sur le fonctionnement du cœur, Fritsch (2) a fait une série d'expériences dans lesquelles il a cru reproduire fidèlement les conditions physiologiques qui existent pendant la grossesse.

Il fit couler de l'eau, à une pression constante, à travers des tubes dont nous reproduisons ci-dessous les dessins qu'il en a donnés, puis il mesura la quantité écoulée par chaque tube pendant un temps déterminé.

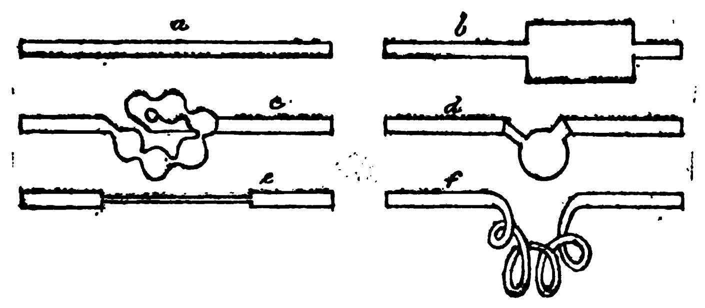


FIGURE 1.

Les quantités trouvées furent : 1° pour *a*, tube simple : 77 ; 2° pour *b*, tube de même longueur, mais sur le trajet duquel était interposé un cylindre d'une contenance environ quinze fois plus grande : 50 ; 3° quand on remplissait ce cylindre de morceaux d'éponges, la quantité de liquide écoulé descendait

(2) *Bemerkungen zur Pathologie und Physiologie des Circulations apparatus in Schwangerin und Woehnerinnen.* (*Arch. f. Gyn.*, Bd VIII, s. 273.) — *Ein Nachtrag zu die Bemerkungen zur Pathologie und Physiologie des Circulations apparatus bei Schwangerin und Woehnerinnen.* (*Arch. f. Gyn.*, Bd. X, s. 270.

à 25; 4° Si, conservant toujours la même distance entre les deux extrémités du tube, on interposait sur son parcours une série de ballons, comme le montre la figure *c*, l'écoulement était de 45; 5° si, comme dans la figure *d*, on y intercalait un ballon compte-gouttes dont l'une des embouchures était très étroite, l'autre très large, la quantité écoulée tombait à 22. Ce résultat restait le même, quelle que fût l'ouverture tournée contre le courant; 6° si l'on intercalait un tube comme dans la figure *e*, on trouvait pour résultat 26; 7° enfin, si l'on prolongeait en spirale le tube mince comme dans la figure *f*, la quantité de liquide écoulé n'était plus que de 4.

Fritsch croit pouvoir tirer de ces expériences la conclusion qu'en allongeant le parcours du courant on diminuait l'écoulement, à moins qu'on n'augmentât la force d'impulsion. En effet, les alternatives de dilatation et de rétrécissement produites par les portions de tube intercalées, exerçaient une action obstructive. Ce sont là des faits que nul ne peut songer à contester. Mais quand Fritsch ajoute : *l'utérus gravide me paraît exercer une influence semblable*, on n'est pas autorisé à admettre cette conclusion.

En effet, la série de tubes disposés par Fritsch, comme nous venons de le voir, n'offrent aucune analogie avec le système des vaisseaux sanguins chez la femme enceinte. Il est vrai que, surtout pendant les derniers mois de la grossesse, on voit se développer dans ce système un réseau compliqué de vaisseaux longs, contournés de même manière, inégalement dilatés et s'anastomosant entre eux. Mais ce système intermédiaire surajouté à l'autre (les vaisseaux de l'utérus gravide), ne détruit ni ne remplace la communication entre le tube d'accès, l'aorte et le tube d'écoulement, la veine cave inférieure. Voilà ce que Fritsch n'a pas pris en considération.

Et cependant, avant Fritsch, Lahs (1), désirant élucider la

---

(1) *Kritische Bemerkungen zu den ein Medicinischen Centralblatt*, n° 29, veroffentlichten « vier vorlaufigen Mitheilungen » des Dr Heinrich Fritsch. (*Arch. f. Gyn.*, Bd IX, s. 306.)

question, avait imaginé une expérience plus en rapport avec les conditions physiologiques. Représentant le système vasculaire du tronc et des extrémités inférieures comme un tube simple avec des ramifications qui s'en éloignent pour s'y aboucher de nouveau sur un autre point, il procéda comme suit :

Deux tubes parallèles et de même calibre sont mis en communication par des tubes collatéraux transversaux, comme le montre la figure ci-dessous :

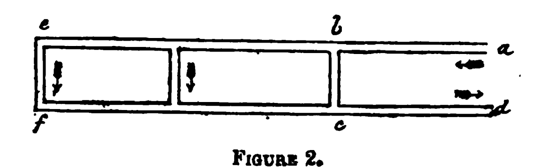


FIGURE 2.

On fait ensuite circuler un liquide par ce système de tubes. Lahs énonce en ces termes le résultat de l'expérience : « En faisant circuler le liquide par le tube *a b c d*, j'obtenais, à la même pression et dans le même temps, moins de liquide d'écoulement que lorsqu'à *a b c d* j'ajoutais le système *b e f c*. »

Voilà un résultat qui permet déjà de comprendre tout autrement que dans le cas précédent l'influence qu'exerce la matrice gravide sur le fonctionnement du cœur.

Mais pour me rapprocher encore davantage des conditions de la circulation pendant la grossesse, j'ai apporté quelques modifications à la disposition imaginée par Lahs.

A l'aide de tuyaux de caoutchouc et de tubes de verre en T, j'établis un système de conduits consistant en deux tubes principaux, parallèles, réunis à l'une de leurs extrémités par un tuyau en arc de cercle et communiquant encore, comme dans l'expérience de Lahs, par deux tubes collatéraux transversaux s'y abouchant à angle droit. Mais ceux-ci n'étaient pas de même dimension ; sur le trajet de l'un d'eux était interposé un tuyau sept à huit fois supérieur et rempli de morceaux d'éponge. L'un des tubes principaux était mis en communication avec

un réservoir d'eau, et l'autre se déversait dans un vase de verre permettant de mesurer l'eau écoulée. Nous donnons ici de cette disposition un dessin schématique.

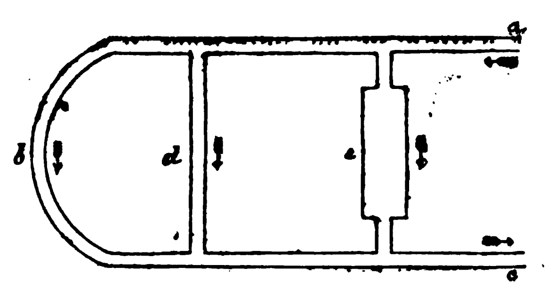


FIGURE 3.

Ce système, composé de tubes de verre et de caoutchouc alternant entre eux, ne permettait pas d'avoir un calibre uniforme; mais cette circonstance ne pouvait avoir aucune importance pour le but qu'on visait. Ce qui était de plus de conséquence, c'est que ce système de tubes, placé horizontalement, fût solidement fixé sur son soutien, afin qu'aucun changement dans la position relative des différentes parties ne pût influer sur le résultat.

Je laissai circuler l'eau dans les tubes pendant un certain temps pour en chasser complètement l'air. Après cela, comme du reste après chaque expérience, je bouchai hermétiquement l'ouverture d'écoulement (o). Et à chaque expérience, avant de la rouvrir je remplissais le réservoir jusqu'à la même hauteur. De cette façon, la pression, pendant un temps donné, était la même pour toutes les expériences.

Je désigne par des chiffres romains, d'après l'ordre où elles ont été faites, ces diverses expériences pour apprécier l'influence des tubes transversaux sur la quantité de liquide écoulé. Voici quels furent mes résultats :

1° Quand l'eau ne circule que dans le conduit principal *a b o*, les tubes collatéraux *d* et *e* étant bouchés, la quantité écoulée se trouvera être :

Expérience I : 3,625 cc.
— VII : 3,618 cc.

2° Quand l'eau circule dans le conduit principal *a b c* et dans le tube transversal *e*, de calibre inégal et en partie rempli de morceaux d'éponge ; le tube *d* est fermé ; la quantité écoulée se trouva être :

Expérience V : 3,875 cc.
— VI : 3,872 cc.

3° Quand l'eau circule librement dans tout le système, parcourant aussi les deux tubes collatéraux, la quantité écoulée se trouva être :

Expérience II : 3,995 cc.
— III : 4.015 cc.
— IV : 3,996 cc.

Je fis ensuite quelques autres expériences pour évaluer les résistances qu'offraient, relativement les unes aux autres, les différentes parties du système. Je procédai de la même manière que précédemment. La quantité d'eau écoulée se trouva être :

4° Quand le courant d'eau ne traversait que le conduit principal, les tubes *d* et *e* étant bouchés, 3,700 c. c.

5° Le parcours du courant étant réduit à *a d c*, tandis que la partie *b* et le tube transversal *e* étaient formés, 2,485 c. c.

6° L'eau parcourant *a e c*, tandis que le tube collatéral *d* et la partie *b* étaient bouchés, 870 c. c.

Les expériences 4-6 montrent quelle grande résistance les coudes brusques, les changements rapides de calibre, opposent à l'écoulement d'un liquide dans les tubes qu'il parcourt. Et pourtant l'on voit par les expériences 1-3 que l'interposition de canaux collatéraux diminue cette résistance, même si ceux-ci sont aussi peu favorables à l'écoulement du liquide que les tubes *a* et *e*.

Lahs, se fondant sur les expériences rapportées plus haut,

avait déjà dit que l'extension du parcours d'un courant (par exemple, par l'interposition de plusieurs conduits), les ouvertures d'accès et d'écoulement restant les mêmes, que créent les résistances, même si le prolongement du parcours est considérable.

C'est-à-dire que, quand le parcours intermédiaire d'un courant est prolongé par l'adjonction de conduits collatéraux, la quantité de liquide écoulée augmente et la résistance au courant diminue, alors même que les obstacles que créent les conduits collatéraux par leur longueur, leur bifurcation à angle droit, les brusques variations de calibre, sont considérables, beaucoup plus grands même que dans les conduits principaux.

Je n'hèsite pas à appliquer aux conditions de la circulation pendant la grossesse ce résultat des expériences de Lahs et des miennes. En effet, les systèmes de tuyaux étaient disposés de manière à offrir la plus grande analogie avec le système musculaire de la femme enceinte. Et particulièrement dans mes expériences, le conduit collatéral *e* offre au courant, en comparaison des conduits principaux, une résistance telle, qu'il n'est guère possible d'admettre que les vaisseaux de l'utérus gravide opposent à la circulation, en comparaison des autres vaisseaux du corps, des obstacles plus grands, ni même si grands. Il en résulte donc avec évidence que l'adjonction du système vasculaire de l'utérus gravide, n'exerce pas en soi une action obstructive sur la circulation du sang dans le système de l'aorte abdominale et n'augmente pas le travail du cœur gauche.

Il n'en est pas moins constaté par des observations cliniques que ce travail est souvent, sinon toujours, augmentée pendant les derniers mois de la grossesse. Il faut donc en chercher l'explication dans d'autres circonstances, quand la circulation du sang n'est pas embarrassée par le système vasculaire de l'utérus gravide.

Fritsch croit avoir trouvé l'explication, dans le fait que le cœur a, outre son travail ordinaire, à faire circuler le sang dans la

matrice considérablement augmentée de volume. Mais la cause n'est pas là davantage. Et Lahs aussi le prouve en se fondant sur les expériences ci-dessus. En effet, quand le courant avait aussi à parcourir les conduits collatéraux, la force d'impulsion restant la même, une quantité d'eau bien plus considérable était refoulée et malgré cela l'écoulement était plus fort; la résistance au courant était diminuée. Les résultats de mes expériences 1-3, prouvent la même chose. En effet, quand, outre le conduit principal *a b c*, le courant devait parcourir les tubes *d* et *e*, la même force avait à chasser une quantité d'eau bien plus grande que lorsque le tube *a b c* était seul ouvert; et pourtant la quantité d'eau écoulée était plus considérable dans le premier cas. Ainsi donc la masse d'eau contenue dans les conduits collatéraux ne constitue pas une résistance qui exige une plus grande force d'impulsion. De même le sang circulant dans les vaisseaux de la matrice agrandie, ne nécessite pas une activité plus grande du cœur.

Une autre condition qui, *en apparence*, par le fait de la grossesse, semble exiger de la part du cœur, un surcroit de travail, doit être également écartée. Si l'on admet que la quantité de sang est augmentée pendant la grossesse, il paraît naturel de penser que le cœur doive faire un effort plus considérable pour faire circuler cette masse plus grande. Porak (1), en particulier voit dans cette circonstance la cause essentielle de la plus grande activité du cœur. Mais il ne peut guère en être ainsi, cette augmentation de la quantité du sang ayant évidemment son siège principal dans les vaisseaux de l'utérus gravide. La portion de ce « *supplément* » de sang qui coule dans les autres parties du corps, est trop minime, en comparaison de la masse du sang totale, pour pouvoir opposer à la circulation une résistance appréciable.

C'est d'une toute autre façon que la grossesse crée, dans les derniers mois, une résistance plus grande à la circulation

(1) *Loc. cit*, p. 18.

dans le système de l'aorte et nécessite par là une plus grande activité du cœur gauche.

L'augmentation graduelle du volume de la matrice pendant la grossesse, les parois de l'abdomen étant tendues et ne prêtant pas trop, détermine une augmentation générale de la pression intra-abdominale. De là, et non, comme l'ont prétendus quelques auteurs, d'une pression directe de l'utérus sur l'aorte, résulte une compression plus ou moins forte, mais continuelle, de tous les vaisseaux de l'abdomen. C'est là, comme le dit aussi Lahs (1), qu'il faut chercher l'obstacle à la circulation, cause de l'augmentation du travail du cœur gauche pendant les derniers mois de la grossesse.

Hopital Laënnec

FIBROME UTÉRIN SOUS-PÉRITONÉAL RESTÉ LATENT JUSQU'A L'AGE DE 37 ANS. — GROSSESSE. — HYPERTROPHIE ÉNORME DU FIBROME. — PÉRITONITE A RÉPÉTITIONS. — AVORTEMENT AU CINQUIÈME MOIS. — MORT.

Par **H. Varnier**, interne des hôpitaux.

Ni gastrotomie, ni avortement ou accouchement prématuré provoqués, expectation : telle est la conduite préconisée par Lefour dans les cas de fibromes sous-péritonéaux (sans tendance à obstruer la filière pelvienne), coexistant avec une grossesse. Lefour s'appuie, pour justifier cette conduite, sur les considérations suivantes :

1° Les fibromes s'hypertrophiant d'autant plus sous l'influence de la grossesse qu'ils affectent avec le tissu utérin des rapports plus intimes, les fibromes sous-péritonéaux sont ceux qui augmentent le moins de volume et causent le moins d'accidents.

2° Ils n'amènent l'avortement que d'une façon exceptionnelle.

---

(1) *Vorträge und Abhandlungen*, p. 31.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. le Dr Duguet, nous a paru intéressante à publier, car elle s'écarte de tous points de la règle classique sur laquelle s'est appuyé Lefour, et elle vient poser à nouveau la question de l'intervention active pendant la grossesse compliquée de fibromes pédiculés sous-péritonéaux.

T..., 37 ans, institutrice, entre le 26 février 1886, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, lit n° 14, service de M. le Dr Duguet.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements sur le père. La mère, morte à 50 ans, à la suite d'un rhumatisme articulaire, a eu douze enfants dont quatre sont actuellement vivants. Un est mort à 23 ans, de phthisie pulmonaire ; une fille à 38 ans, de pleurésie ; les autres enfants sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — T... n'a jamais fait de maladie grave. Elle a été réglée pour la première fois à 17 ans ; les règles, toujours irrégulières, étaient douloureuses pendant les trois ou quatre premiers jours. A cinq ou six reprises T... a vu ses règles se supprimer pendant plusieurs mois, et chaque fois leur retour s'accompagnait d'une sorte de débâcle de sang noir mélangé de caillots.

T... s'est mariée à 28 ans ; après le mariage les règles ont présenté les mêmes caractères qu'auparavant. Elle a fait deux fausses couches, l'une à deux mois et demi, l'autre à trois mois et demi, cette dernière, il y a six ans. Aucune complication à la suite de ces fausses couches.

Veuve depuis deux ans, T... assure n'avoir plus eu depuis cette époque de rapports sexuels.

Elle a vu ses règles se supprimer depuis la fin de décembre 1885.

Depuis deux mois, c'est-à-dire depuis janvier, elle a vu son ventre augmenter de volume et constaté l'existence d'une tumeur abdominale restée jusque-là complètement latente qui très rapidement s'est accrue au point de remplir actuellement l'hypogastre, les deux fosses iliaques et de remonter jusqu'à l'ombilic.

Depuis un mois elle éprouve quelques tiraillements dans le ventre, et a souvent des vomissements alimentaires. Mais elle n'a pas maigri ni perdu ses forces.

Il y a trois jours elle a été prise de douleurs très vives dans tout le ventre qui a beaucoup grossi ; les vomissements sont presque continuels. La miction est devenue difficile et il n'y a pas eu de selles depuis cinq jours.

C'est pour cette poussée de péritonite que T... entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Aspect général bon. Facies vultueux. Température du soir, 39°. Pouls petit et fréquent. Hoquet. Vomissements verdâtres répétés.

Le ventre est développé comme dans une grossesse de sept mois ; le développement est régulier.

La peau de l'abdomen est lisse, tendue, luisante ; elle présente des vergetures nombreuses, mais pas de pigmentation.

Le palper est très pénible et arrache des cris à la malade. Difficilement on arrive à délimiter une tumeur assez régulièrement sphérique, dont la consistance partout égale est d'une dureté ligneuse. Elle paraît remplir toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen qui est mate à la percussion.

La matité est limitée par une ligne convexe en haut.

La tumeur paraît immobile. La main appliquée sur l'abdomen perçoit une crépitation amidonnée très nette dans toute la région correspondant à la tumeur.

L'auscultation ne fournit aucun renseignement.

La vulve et le vagin présentent une coloration violacée très prononcée.

Au toucher on trouve l'excavation vide. Le col de l'utérus non dévié, mais situé très haut, est gros et ramolli dans presque toute son étendue.

L'orifice externe est entr'ouvert ; le col est perméable et le doigt pénètre sans difficulté jusqu'à l'orifice interne. A un certain moment il nous a été possible de franchir l'orifice interne et de sentir, dans la cavité utérine distendue, une tumeur dont nous n'avons pu déterminer exactement les caractères à cause de l'élévation du col et du segment inférieur de l'utérus.

Les culs-de-sac du vagin sont libres.

L'utérus est peu mobile ; les mouvements imprimés au col ne se transmettent pas à la tumeur, tandis que les mouvements communiqués à la tumeur sont transmis au col.

Les seins sont sensibles à la pression qui fait sourdre du colostrum.

L'aréole est pigmentée, et les tubercules de Montgomery hypertrophiés.

La suppression des règles, l'absence de métrorrhagies, la présence du colostrum dans les seins, la pigmentation de l'aréole, l'état du col, la coloration violacée de la vulve et du vagin, la croissance ex-

traordinairement rapide de cette tumeur abdominale manifestement solide, sa consistance partout égale, l'absence d'amaigrissement et de cachexie nous font porter le diagnostic : tumeur fibreuse vraisemblablement sous-péritonéale, grossesse probable.

Nous bornâmes là nos explorations et nous ne songeâmes qu'à lutter contre la péritonite. La malade dut garder le repos le plus absolu dans le décubitus dorsal. De la glace fut appliquée en permanence sur l'abdomen et on fit tous les jours une ou deux injections sous-cutanées de morphine.

Pendant huit jours T... fut dans un état très alarmant et le volume du ventre et de la tumeur ne cessèrent d'augmenter. Puis les phénomènes de péritonite s'atténuèrent et la convalescence s'établit franchement vers le 5 mars.

27 février	Temp.	matin,	38°.	3 mars.	Temp.	matin,	38°,6.
		soir,	40°,4.			soir,	39°,2.
28 —	—	matin,	39°,4.	4 —	—	matin,	37°,6.
		soir,	40°,6.			soir,	38°.
1er mars.	—	matin,	39°.	5 —	—	matin,	37°.
		soir,	40.			soir,	37°,5.
2 —	—	matin,	38°,4.				
		soir,	39°,2.				

La malade fut alors soumise à une nouvel examen. M. Duguet pria M. Pinard de lui donner son avis. M. Pinard porta le diagnostic fibrome probablement sous-péritonéal, grossesse probable. Il fut d'avis avec M. Duguet qu'il fallait attendre pour porter un diagnostic ferme et aviser suivant les circonstances, tout en faisant remarquer que l'immobilité de la tumeur et l'existence de la péritonite généralisée limitaient singulièrement l'intervention opératoire.

Pendant deux mois, la malade garda le lit, souffrant toujours mais d'une façon supportable. L'état général restait bon. Le ventre continua à augmenter de volume et vers le milieu de mai la tumeur remplissait toute la cavité abdominale.

L'examen pratiqué à plusieurs reprises ne put rien nous faire constater de nouveau. La malade n'a jamais senti remuer.

Le 10 mai, dans la nuit, T..., qui depuis plusieurs jours, se plaignait de tiraillements douloureux dans le ventre, fut reprise de douleurs extrêmement violentes. En même temps, la tension de l'abdomen augmentait. Hoquet. Vomissements porracés. Le moindre attouchement de la paroi abdominale est insupportable. Le pouls est petit,

très fréquent. Température du matin 38°. Il est évident que nous nous trouvons en présence d'une poussée de péritonite semblable à celle du mois de février.

Traitement : glace sur le ventre ; glace à l'intérieur ; injections sous-cutanées de morphine.

Le soir, température 38°,5. Les vomissements verts continuent ainsi que le hoquet. Aux douleurs généralisées à tout l'abdomen s'ajoutent des douleurs expultrices. Il n'existe aucun écoulement sanguin par le vagin, mais le toucher permet de reconnaître que le col s'entr'ouvre. Le doigt arrive aisément sur les membranes et sent une petite partie fœtale mobile qui vient l'effleurer. L'avortement est imminent et nous n'essayons pas de l'entraver. A ce moment, nous pratiquons encore une fois le palper et l'auscultation. Il nous est impossible de sentir ni l'utérus, ni le fœtus. Nous n'entendons nulle part les battements du cœur. La malade est isolée.

La dilatation est complète le 11 mai à 3 heures du matin ; les membranes se rompent alors spontanément. L'avortement a lieu à 4 heures du matin,

Le fœtus a fait quelques mouvements ; il s'est présenté par le siège et pèse 800 grammes. Délivrance spontanée immédiate sans hémorrhagie. Placenta normal. Membranes entières.

Des injections vaginales avec une solution de biiodure de mercure à 1/2000 ont été faites toutes les deux heures pendant la nuit du 10 au 11. On fait une grande injection intra-utérine après la délivrance.

Le 11, au matin, la température est normale, mais le pouls est à 140°, bien qu'il n'y ait pas eu d'hémorrhagie. Le ventre, loin d'avoir diminué de volume, s'est au contraire ballonné davantage ; la tension de la paroi est portée au maximum et la moindre pression détermine des douleurs atroces. Le hoquet persiste ; la malade a des vomissements verts très abondants. Pas de teinte ictérique. La respiration est courte et haletante et la malade ne peut rester dans son lit que dans la position assise.

Le facies s'est singulièrement modifié dpuis hier. La voix est cassée ; les yeux sont excavés, le nez s'effile, la face est cyanosée. Il y a tendance au refroidissement des extrémités.

Le 12, le 13, le 14, le 15 et le 16 les symptômes augmentent d'intensité,

Glace en permanence sur le ventre ; glace à l'intérieur et champagne. Les vomissements et le hoquet continuent.

L'écoulement lochial est normal, sans odeur. Injections vaginales antiseptiques toutes les deux heures.

Le 17, le 18, le 19 et le 20 la péritonite paraît s'amender, mais l'amaigrissement fait des progrès rapides et la faiblesse est extrême.

Le 20 au soir, la malade est reprise de douleurs atroces dans le ventre, les vomissements verts reparaissent. La température s'abaisse au-dessous de la normale. B... qui, jusqu'au matin du 21, avait conservé sa connaissance, tombe dans le coma et meurt le 21 mai à 11 heures du matin, 11 jours après l'avortement.

Température du 11 mai au 21, jour de la mort :

11	Température	matin,	37°,5	16	Température	matin,	37°,4
	—	soir,	37°,6		—	soir,	37°,8
12	—	matin,	38°	17	—	matin,	38°,6
	—	soir,	37°		—	soir,	38°,4
13	—	matin,	37°,2	18	—	matin,	37°,8
	—	soir,	37°,6		—	soir,	38°,8
14	—	matin,	37°	19	—	matin,	37°,8
	—	soir,	37°,4		—	soir,	38°,6
15	—	matin,	37°	20	—	matin,	37°,8
	—	soir,	37°,4		—	soir,	38°,2
				21	—	matin,	38°,4

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Avant de procéder à l'ouverture du cadavre, nous délimitons aussi exactement que possible le volume du ventre et les rapports de la tumeur avec la paroi abdominale.

Le ventre est énormément et régulièrement distendu. La circonférence mesurée à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic (point le plus saillant) est de 95 centimètres. La distance qui sépare le pubis de l'appendice xyphoïde est de 45 centimètres.

La tumeur, directement appliquée contre la paroi abdominale antérieure à laquelle elle paraît adhérer intimement, s'étend du pubis à un travers de main au-dessus de l'ombilic. Elle remplit totalement l'hypogastre, toute la fosse iliaque gauche, le flanc gauche, atteint à gauche le rebord costal et envoie à droite un prolongement qui s'étend jusqu'au bord inférieur du foie. La percussion pratiquée dans tous ces points donne un son mat ; dans la fosse iliaque droite, la percussion dénote de la submatité et on perçoit à ce niveau de la fluctuation. Il

n'existe de sonorité qu'à l'épigastre et à la limite postérieure du flanc gauche.

Le schéma ci-contre montre les rapports de la tumeur avec la paroi et donne une idée de son volume.

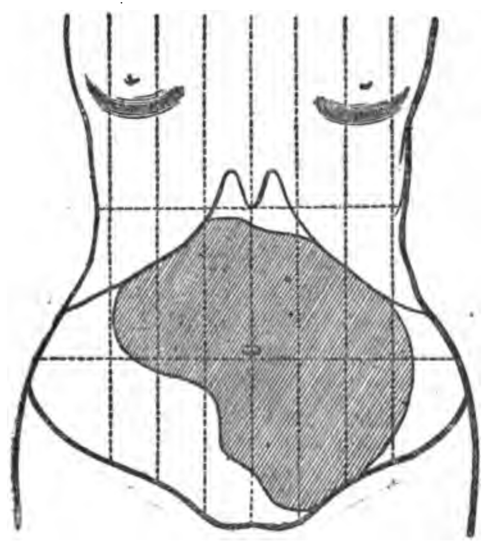


FIGURE 1.

La paroi abdominale est incisée suivant la ligne blanche ; le péritoine pariétal, très épaissi et vascularisé, adhère intimement à la tumeur, qui est ainsi recouverte d'une sorte de coque de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. A la partie supérieure il existe également des adhérences solides entre la tumeur et l'épiploon, les anses intestinales, la face inférieure du foie.

On arrive à grand'peine à séparer toutes ces adhérences évidemment anciennes avec la main qui, contournant la tumeur, trouve en arrière d'autres adhérences plus solides encore qu'on ne peut faire disparaître qu'en se servant du bistouri.

En cherchant à la séparer de la face inférieure du foie, on arrache une partie de la tumeur, et *on met à découvert trois ou quatre géodes du volume d'une noix renfermant un liquide séro-purulent.*

Mais les adhérences les plus fermes sont celles qu'a contractées le

bord droit de la tumeur; elles contribuent à limiter avec le péritoine pariétal épaissi qui passe de la face antérieure du myôme sur la fosse iliaque droite une loge à parois anfractueuses qui renferme environ 3 litres de pus blanc crémeux. Cette loge est limitée à gauche par la tumeur appliquée exactement en arrière contre la paroi postérieure de l'abdomen, à droite et en arrière par la masse intestinale.

Les parois de cette loge, qu'occupait évidemment l'utérus distendu par le produit de conception, sont partout recouvertes d'une couche de néo-membranes blanchâtres, épaisse de 3 à 4 millimètres qui recouvre, d'autre part, le pédicule de la tumeur, l'utérus tout entier et la vessie, ainsi que les ligaments larges. Il est impossible de distinguer, au milieu de ces néo-membranes, les ovaires, les trompes, etc.

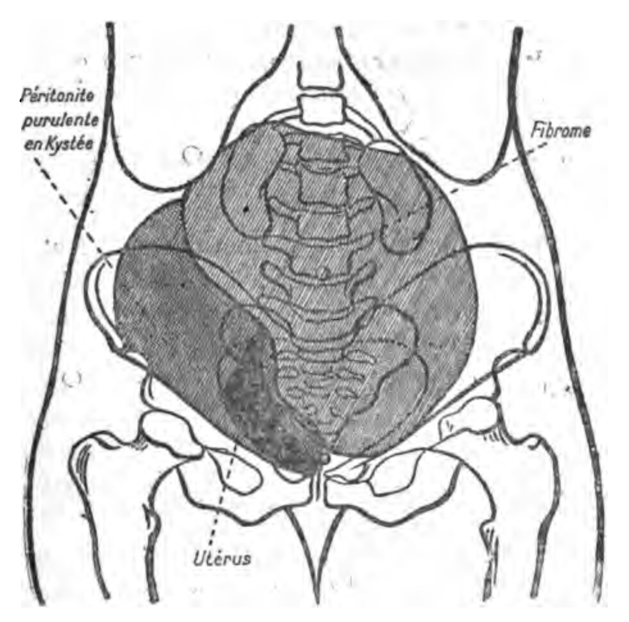


FIGURE 2.

L'utérus, ainsi noyé dans ce kyste purulent, n'est nullement rerevenu sur lui-même, tiré qu'il est en haut par le pédicule du fibrome sous-péritonéal, maintenu lui-même par ses adhérences généralisées.

Le pédicule inséré sur le fond même de l'utérus a la grosseur du pouce et mesure 5 centimètres de long.

L'utérus mesure, du museau de tanche au fond, 16 centimètres, et dans son plus grand diamètre transversal, 9 centimètres.

On l'incise sur la ligne médiane antérieure ; la muqueuse est saine ; on ne note ni phlébite ni lymphangite au niveau de la surface de section. Nous avons dit que l'épaisseur de la couche néo-membraneuse empêchait d'examiner les ligaments larges. La cavité utérine renferme quelques caillots qui tombent en deliquium, mais n'ont pas mauvaise odeur.

La tumeur pèse 3 kil. 720 grammes. Elle est entourée partout d'une épaisse coque inflammatoire. Il n'existe de géodes qu'au niveau du prolongement droit. La section montre que *la tumeur est un fibro-myôme pur, n'ayant subi aucun ramollissement apparent*. Le tissu est dur et crie sous le scalpel ; il est impossible, en appuyant fortement le doigt sur la surface de section, de le faire pénétrer dans l'épaisseur de la tumeur. Les vaisseaux sont très développés à la périphérie de cette dernière ; il n'en existe pas d'apparents au niveau du hile.

Les autres organes ne présentent aucune altération qui mérite d'être notée ici.

Voici donc un fibrome sous-péritonéal resté latent jusqu'à l'âge de 37 ans, qui, en cinq mois, à l'occasion d'une grossesse, atteint des dimensions telles qu'il remplit tout l'abdomen, et pèse 3 kilogs 700 grammes. Sous l'influence de ce développement extraordinairement rapide et dont on trouverait, croyons-nous, peu d'exemples, le péritoine s'enflamme à deux reprises différentes, l'avortement se produit et la femme succombe aux progrès de la péritonite. Voici le résultat de l'expectation.

On objectera peut-être que dans le cas qui nous occupe ici, l'infection par la plaie placentaire a pu jouer un rôle dans la terminaison fatale. Il n'en reste pas moins établi qu'à deux reprises différentes, pendant la grossesse, il s'est fait autour du fibrome des poussées de péritonite dont nous n'étions pas maîtres de limiter l'extension.

Que cette péritonite, développée sous l'influence de la croissance rapide des fibromes, puisse, en dehors de toute complication puerpérale, amener la mort, c'est ce que vient démon-

trer l'observation rapportée par Worship dans les *Obstetrical Transactions*, de 1873. Cet auteur a vu chez une femme enceinte une tumeur fibro-cystique du fond de l'utérus avoir une marche tellement rapide que, méconnaissant la grossesse, il fit le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire. La femme succomba au septième mois, sans avorter, à une péritonite. A l'autopsie, en trouva une tumeur énorme s'étendant du pubis au diaphragme. Donc, la croissance rapide d'un fibrome sous-péritonéal pendant la grossesse peut déterminer une péritonite mortelle,

La péritonite dans ces conditions ne doit pas même être l'exception si nous nous reportons à l'histoire clinique des tumeurs fibro-cystiques à développement rapide en dehors de l'état de gestation. On sait, en effet, que ce fait est considéré comme une des principales indications à l'intervention chirurgicale en pareil cas. Il est probable que la péritonite se développe ici sous la même influence que celle qui survient dans la grossesse compliquée de kystes de l'ovaire lorsque ces derniers sont volumineux et en dehors de tout accident, tel que torsion du pédicule, rupture, etc.

Les choses étant ainsi, ne devons-nous pas trouver dans ce seul fait qu'un fibrome sous-péritonéal prend à l'occasion d'une grossesse une marche galopante, pour nous servir d'une expression de M. Pozzi, et fait craindre le développement d'une péritonite, une indication à une intervention reconnue nécessaire par Lefour, d'accord en cela avec M. Tarnier, dans les cas « où des accidents graves menaçent la vie de la mère ? »

Si nous nous décidons pour une intervention active dès que la tumeur, par sa marche suraiguë, rend la péritonite imminente, quelle devra être la nature de cette intervention ?

L'avortement provoqué peut, d'après ce que nous savons aujourd'hui :

1° Arrêter le développement du fibrome ;

2° En amener l'atrophie, la régression, par un processus

analogue à celui de l'involution utérine. Les fibromes qui croissent le plus rapidement sous l'influence de la grossesse sont aussi ceux qui diminuent le plus rapidement de volume après l'expulsion du produit de conception.

Pourtant, il est à craindre qu'un seul de ces buts, le premier, soit atteint, et que l'expulsion de l'œuf ne diminue que fort peu le volume d'une tumeur très volumineuse et ayant déjà, dans quelques-uns de ses points, subi la transformation kystique. Mais nous aurions, en tout cas, paré au danger le plus pressant, celui de la péritonite.

La laparotomie a, sur l'avortement provoqué, l'immense avantage de tout terminer par une seule intervention, tout en permettant à la grossesse de continuer son cours, comme le prouvent les observations de Thornton, de Schröder, de Studsgard, de Landau.

Il ne resterait donc, pour que nous puissions nous prononcer pour cette dernière, qu'à établir sa plus grande, voire même son égale innocuité pour la mère, qui doit toujours nous intéresser plus que l'enfant.

Dans la thèse qu'il vient de soutenir pour l'agrégation de chirurgie sur le traitement chirurgical des myômes utérins, M. Vautrin n'hésite pas à se prononcer pour la myomectomie qui « pour ces tumeurs, n'est pas plus craindre que l'ovariotomie faite dans les mêmes conditions. Sur 8 cas de myomectomie pratiquée pendant la grossesse, nous n'avons, dit-il, constaté qu'une fois la mort survenue chez une opérée de Hegar au troisième mois de la conception ».

M. Vautrin, dans son enthousiasme pour la myomectomie, oublie le cas de Barnes qu'il rapporte plus loin et qui s'est également terminé par la mort, ce qui fait deux sur huit.

D'autre part, cette statistique, qui donne une mortalité de 25 p. 100, n'est pas la statistique intégrale d'un opérateur, mais une statistique faite à l'aide de cas réunis çà et là. Or, on peut se demander si tous les cas, heureux ou malheureux, ont été publiés.

En admettant d'ailleurs ce chiffre de 25 p. 100, qui se rapproche assez de la proportion des insuccès en dehors de l'état de grossesse, il ne nous parait pas suffisant à justifier la préférence de l'auteur, qui considère l'avortement provoqué comme beaucoup plus grave, après avoir avoué quelques lignes plus haut qu'il n'est pas en mesure de comparer les résultats de l'intervention chirurgicale avec ceux que donne l'avortement provoqué.

Croit-il cependant qu'avec les procédés antiseptiques dont nous disposons aujourd'hui, alors que nous pouvons choisir notre heure et nous entourer de toutes les précautions recommandées en pareil cas, alors surtout que nous n'avons guère à redouter, avec un fibrome sous-péritonéal, l'hémorrhagie presque fatale lorsque le placenta s'insère sur la tumeur qui n'est pas rétractile, croit-il que nous arrivions si aisément à une mortalité de 25 p. 100?

Nous nous contentons de poser ces différentes questions, laissant à des observations ultérieures et à de plus autorisés que nous le soin de les résoudre.

INSTRUMENTS D'OBSTÉTRIQUE
DU PROFESSEUR PAJOT.

Par le Dr F. Loviot,
Chef de clinique à la Faculté.

La *trousse obstétricale* du professeur Pajot, contient, sous le plus petit volume, tous les instruments d'urgence répondant aux besoins du praticien ordinaire et même de l'accoucheur de profession, à l'exception seulement du céphalotribe qui nécessite une gaine spéciale.

Par un ingénieux mécanisme que nous allons brièvement exposer, les figures annexées au texte en facilitant l'intelligence, le forceps classique, le forceps français devient tour à tour, et le plus simplement du monde, selon les nécessités de

la clinique : un crochet, un perce-crâne, un trocart, un embryotome, tout en restant, pour les cas ordinaires, le simple forceps que nous connaissons. Ce forceps est brisé (forceps

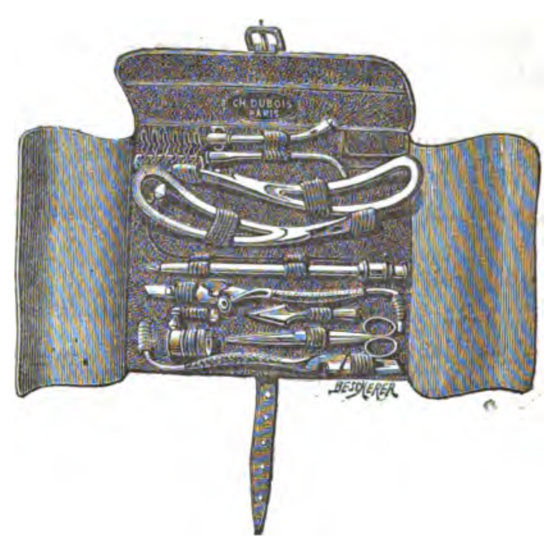


FIGURE 1.

brisé du professeur Pajot), de telle sorte que le manche et la cuiller d'une même branche peuvent être séparés dans l'intervalle des applications et réunis, solidarisés au moment de s'en servir, aussi étroitement, aussi solidement que s'ils ne formaient qu'un tout continu.

Cet avantage est considérable. Il rend le forceps portatif, peu encombrant pour l'accoucheur, peu effrayant pour les intéressés et il peut aisément trouver place dans la trousse obstétricale dont les dimensions sont aussi réduites de moitié. Ce forceps, dont les avantages sautent aux yeux, est aujourd'hui universellement adopté.

Le professeur Pajot a réalisé un autre progrès.

« Souvenez-vous, Messieurs, nous a dit bien des fois le professeur, en nous montrant le crochet aigu et le perforateur annexés aux manches du forceps de Levret, que ce crochet et

ce perforateur ont été mis là pour vous rappeler que vous ne devez jamais vous en servir ! »

On sait qu'en dévissant l'olive qui terminait la branche gauche, on découvrait un crochet aigu et qu'en dévissant le crochet mousse de la branche droite on voyait surgir un perforateur. Qu'a fait le professeur Pajot ?

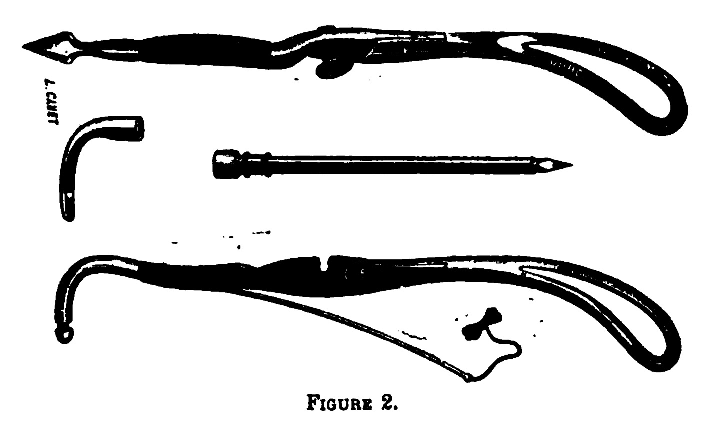


FIGURE 2.

L'extrémité du manche de sa branche gauche est terminée par un crochet mousse.

C'est l'ancien crochet mousse adapté autrefois à la branche droite et rendant les mêmes services. Là n'est donc pas l'innovation. Mais si vous dévissez ce crochet mousse, au lieu du perforateur qui était mauvais, dangereux, vous voyez une vis, dont on ne doit jamais, bien entendu, se servir comme d'un perce-crâne, à l'aide de laquelle on pourra assujettir intimement des pièces séparées contenues dans la trousse, de manière à constituer immédiatement un perce-crâne, un trocart. La figure 2 représente le perce-crâne, analogue à celui de M. Blot, mais moins compliqué (perce-crâne de Marchand), univalve et établi de telle sorte que les bords sont suffisamment mousses pour ne léser en aucune façon la main de l'accoucheur ou les organes maternels.

Voici le perce-crâne monté sur le manche du forceps. Le praticien pourra donc, en quelques secondes, se confectionner

un perce-crâne, plus simple qu'aucun autre et ne le cédant à aucun autre au point de vue de la solidité et de la sécurité. N'eût-il pas à sa disposition immédiate le céphalotribe, le médecin, en perforant le crâne, laisse la tête fœtale se vider de tout ou partie de sa matière cérébrale, amoindrissant ainsi son volume et sa résistance, et lui permet de se mouler sur les organes maternels et de les parcourir moins malaisement. Sans compter que la perforation du crâne est la seule opération possible, lorsque l'orifice est incomplètement dilaté et non dilatable soit physiologiquement, soit pathologiquement (cancer du col).

Dans certains cas, rares à la vérité, mais en présence desquels on peut inopinément se trouver, le trocart (V. fig. 5), muni d'une gaine protectrice, remplacera le perce-crâne sur la vis du manche et pourra être utilisé pour ponctionner l'abdomen, le crâne du fœtus (ascite, hydrocéphalie) ou les tumeurs liquides de l'excavation (kystes liquides de l'ovaire, du vagin, etc.).

Le manche de la branche droite, au lieu du crochet ordinaire, est terminé par un crochet cylindrique creux, canaliculé.

C'est dans ce canal qu'on introduira la baleine porte-fouet munie d'une olive conductrice.

La baleine sort par une ouverture oblongue que l'on aperçoit à la face externe du manche de la branche droite.

L'olive, lorsque la baleine est entièrement engagée dans le canal creusé dans l'épaisseur du manche, vient s'appliquer sur l'extrémité de ce canal qu'elle obture.

L'extrémité de la baleine est percée d'un orifice qui servira à engager et à fixer la ficelle *fouet.*

La baleine engagée dans le canal et l'olive reposant sur l'extrémité du crochet cylindrique, celui-ci est passé autour du cou du fœtus sur lequel on se propose de pratiquer l'embryotomie ; l'opérateur, qui a eu soin préalablement de fixer sa ficelle fouet à l'extrémité libre de la baleine, repousse celle-ci dans la direction de l'olive qui abandonne le canal qu'elle

coiffait et tombe en s'enroulant autour du cou du fœtus.

L'olive, devenue accessible, est saisie par l'opérateur qui l'attire et entraîne anisi la baleine d'abord, la ficelle, *fouet* ensuite ; cette dernière entourant alors complètement le cou de l'enfant et il n'y a plus, en prenant soin de protéger les organes maternels par un spéculum, qu'à pratiquer la section, selon les préceptes du professeur Pajot.

Grâce à cette disposition nouvelle du forceps, celui-ci devient extemporanément un excellent embryotôme.

La trousse obstétricale contient encore un moulin à ergot.

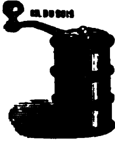


FIGURE 3.

Le praticien ne peut compter, comme on sait, que sur un ergot de seigle fraîchement pulvérisé. Le pulvérisant lui-même, au moment de l'employer, il aura un agent fidèle et évitera, surtout s'il exerce loin des centres, des retards qui pourraient être extrêmement préjudiciables.

Un tube laryngien.

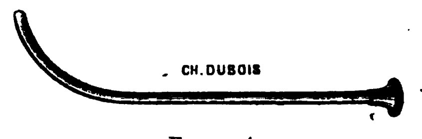


FIGURE 4.

Des serre-fines.

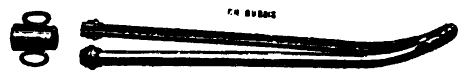


FIGURE 5.

Une sonde uréthrale (sonde uréthrale du professeur Pajot). Cette sonde est constituée par la réunion de trois pièces,

pavillon, deux lames latérales ; l'une des lames supporte le bec de la sonde, l'autre s'adapte sur la première et toutes deux sont réunies par le pavillon à l'aide d'un pas-de-vis.

Les trois pièces qui la composent peuvent donc être dissociées, nettoyées aussi parfaitement que possible et dorénavant, grâce à la sonde uréthrale *démontante* du professeur Pajot, le cathétérisme de l'urèthre ne se pratiquera plus avec des instruments qu'il était absolument impossible de tenir propres, d'autant plus dangereux qu'on ne prenait pas garde aux matières septiques qu'ils renfermaient toujours et qu'on croyait avoir assez fait, lorsqu'on avait plongé l'instrument dans un liquide approprié.

Mais la cavité de l'instrument échappait nécessairement à l'action de ce liquide, et la sonde uréthrale était un agent de septicémie par excellence. Non seulement les accoucheurs mais tous les médecins devront se munir de la nouvelle sonde.

Une sonde intra-utérine.

Cette sonde appartient également au professeur Pajot.

C'est une sonde métallique à simple courant.

Comme la sonde uréthrale, on la démonte et on la nettoie avec la plus grande facilité.

Démontée, elle présente trois pièces.

Un bec percé de cinq trous : un en avant, un en arrière, un à droite, un à gauche, un *en haut*, pour que le liquide soit projeté dans la cavité utérine, selon toutes les directions, et qu'aucune région de cette cavité n'échappe à son contact.

Avec les anciennes sondes, dont le bec n'est percé que d'ouvertures latérales, le fond de l'utérus n'est pas irrigué et l'on ne fait qu'une antisepsie incomplète.

Le corps de la sonde, terminé par un pas de vis sur lequel on ajuste le bec de la sonde. Cette pièce est munie au voisinage de son pavillon d'un petit tube diverticulaire sur lequel on adapte le cylindre de caoutchouc qui conduit le liquide.

Une troisième pièce qui glisse à frottement dans la pièce précédente, interceptant avec elle un canal pour le passage

des liquides et pouvant être retirée à volonté, complète l'instrument.

Telle est la sonde intra-utérine du professeur Pajot; la voici montée, les trois pièces réunies.

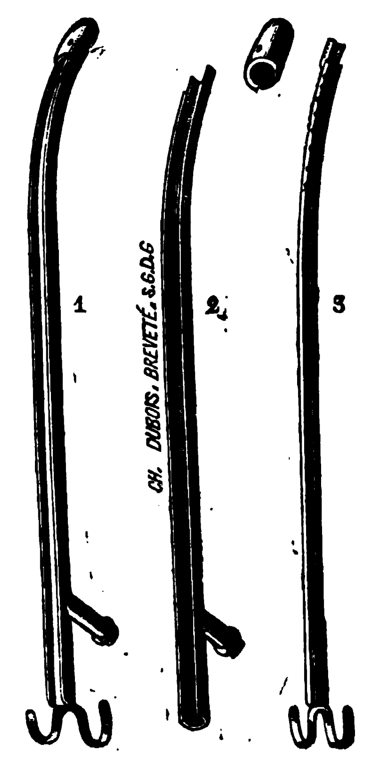


FIGURE 6.

Elle assure une irrigation complète et parfaite de la cavité utérine, elle se monte ou se démonte avec la plus grande facilité, elle peut être rendue complètement et véritablement aseptique.

Un porte-cordon en caoutchouc durci.

Ce porte-cordon dispense de tous les autres instruments

plus ou moins compliqués que l'on a proposés pour le même objet.

C'est une petite baguette en caoutchouc durci, percée à son extrémité supérieure de deux ouvertures séparées par un léger intervalle.

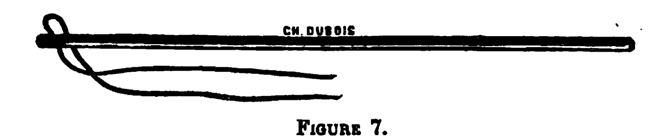


FIGURE 7.

On passe un fil autour du cordon prolabé et chacun des chefs de l'anse ainsi formée est engagé dans un des trous, on rapproche ensuite les deux chefs qu'on attire à soi, le cordon se trouve ainsi appliqué contre la petite baguette avec laquelle il se solidarise.

Ceci fait, cordon et baguette sont portés dans l'utérus, et il suffit alors de lâcher l'un des chefs et d'extraire doucement la baguette pour ramener fil et baguette, le cordon étant redenu libre. Les deux orifices séparés par une petite épaisseur de caoutchouc ont pour avantage d'empêcher le cordon d'être directement étreint entre les deux chefs du fil et de favoriser le glissement de ce dernier quand on veut le retirer.

Telle est la trousse obstétricale que M. Ch. Dubois, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, a établie d'après les dessins et indications du professeur Pajot. Tous les instruments sont contenus dans une gaine élégante et très portative.

On pourrait, sans modifier beaucoup ce modèle, joindre à la trousse :

La pince à faux germe et la curette à trois grandeurs de cuillers du même auteur.

Muni de cette trousse, l'accoucheur ne sera jamais pris au dépourvu, quelle que soit la difficulté qui se présente.

Un seul instrument, le céphalotribe, en raison de ses dimensions et de son poids, n'a pu trouver place dans la trousse obstétricale. Il est contenu dans une gaine particulière.

Ce n'est heureusement pas un instrument d'urgence et l'opérateur pourra toujours pratiquer la perforation avec le perce-crâne qu'il porte dans sa trousse, laisser à la tête le

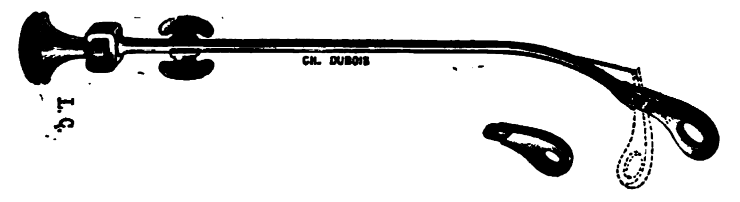


FIGURE 8.

temps de se mouler et si celle-ci n'est pas expulsée spontanément ou à l'aide d'une application de forceps, son volume étant réduit, recourir un peu plus tard à la céphalotripsie.

Le professeur Pajot, frappé des inconvénients des anciens céphalotribes, a également fait construire par M. Ch. Dubois, un nouveau céphalotribe dont voici le dessin.

Ce céphalotribe a pour but d'empêcher la tête fœtale de glisser et de fuir pendant le broiement, de s'échapper par la partie supérieure et la plus évasée de l'instrument.

La grande difficulté de la céphalotripsie, c'est cet échappement de la tête par en haut, malgré la pression de haut en bas exercée par l'aide sur la tête fœtale au niveau de la région hypogastrique. C'est dans la fixation de la tête que réside le succès de l'opération.

Or, jusqu'à présent, rien n'assurait cette fixation ; de là des difficultés, de là des échecs.

Avec le céphalotribe du professeur Pajot, la tête bien saisie ne remontera plus pendant le broiement entre les cuillers de l'instrument. Son céphalotribe, qui sera décrit et étudié amplement dans une thèse en préparation, présente à la face interne des cuillers, deux ailettes mobiles qui, pendant qu'on introduit le céphalotribe, sont appliquées sur cette face et font corps avec elle, et qui, une fois les cuillers introduites et l'instrument articulé, s'abaissent en se rapprochant, à l'aide

d'un très simple mécanisme, de manière à retenir la tête, à former au-dessus d'elle une barrière infranchissable. La tête ainsi fixée entre les ailettes et la partie articulaire de l'instrument, incarcérée, pourrait-on dire, on commencera le broiement en toute sécurité.

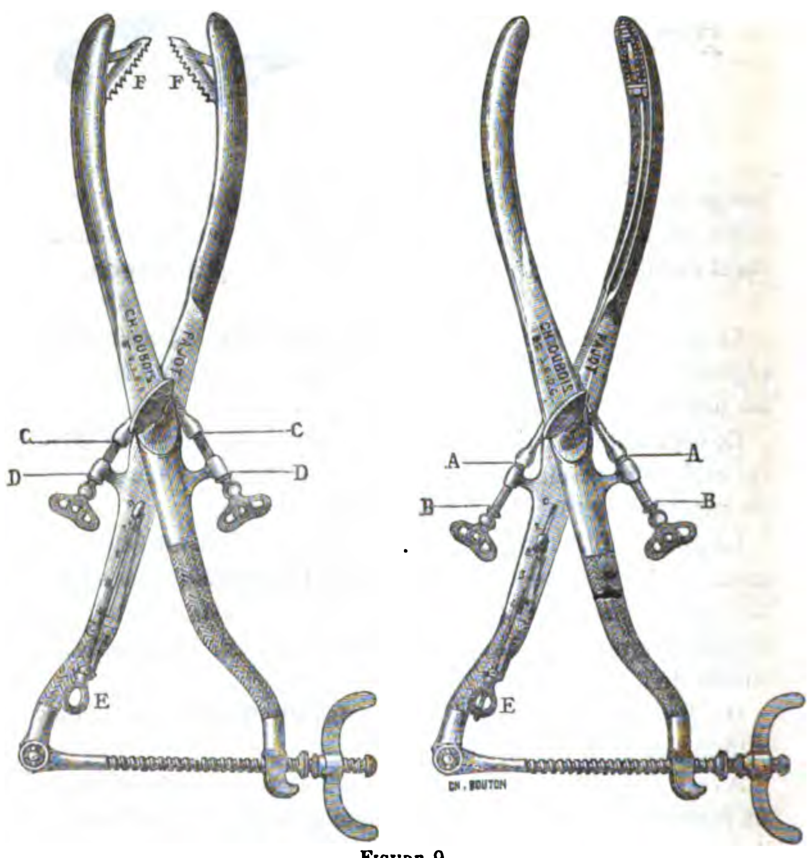


Figure 9.

On relèvera progressivement les ailettes, au cours du broiement, pour permettre aux cuillers de se rapprocher de plus en plus et, à la fin du broiement les ailettes étant venues de nouveau s'accoler à la face interne des cuillers, on retire facile-

ment l'instrument, que l'on réintroduira et manœuvrera de même deux ou trois fois (céphalotripsie répétée sans tractions du professeur Pajot), ou bien, si on peut le faire sans violence, on procédera méthodiquement à l'extraction. Ce nouveau céphalotribe retient et broie bien la tête, tant sur le cadavre que sur le vivant. C'est donc un excellent instrument de broiement bien supérieur à tout ce qu'on a proposé jusqu'à ce jour; comme agent de traction, il participe des avantages et des inconvénients des autres céphalotribes.

Mais le céphalotribe est fait pour broyer, non pour extraire. Le céphalotribe qui broie le mieux est le meilleur.

Il appartenait à l'inventeur de « la céphalotripsie répétée sans traction » de nous donner l'instrument après nous avoir donné l'opération.

En coupant en deux parties chaque branche du céphalotribe, comme M. Pajot l'a fait pour le forceps, le nouveau céphalotribe pourrait trouver sa place dans la trousse. Ce perfectionnement, difficile à réaliser, est, en ce moment, l'objet de nouvelles recherches.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNECOLOGIQUE.

Séance du 10 juin 1886.

R. Labusquière lit un rapport sur une observation de **dysménorrhée membraneuse**, présentée par M. Le Pileur, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Résumé de l'observation : Mme D..., menstruée à 15 ans. *Menstruation régulière,* mais précédée de douleurs très fortes. Mariée à 29 ans, en 1867; 10 grossesses (la dixième en 1882), dont une fausse couche de 3 mois, et peut-être une autre fausse couche, *peu certaine toutefois, car après deux suppressions de règles, survint un accident, pris*

en province pour une fausse couche et qui, au dire de la malade, était en tout semblable à celui qui fait le sujet de cette observation.

Après la dixième grossesse, les règles se montrent d'une façon très régulière, mais elles sont précédées de douleurs tellement vives, qu'elles obligent Mme D... à garder le lit.

Le 7 septembre 1884, menstruation à l'époque habituelle, mais moins abondante.

En octobre, suppression des règles. Mme D... se croit enceinte.

Le 2 novembre, perte très abondante, qui est considérée comme une menace d'avortement. Repos au lit, lavement laudanisé, etc. Le lendemain, expulsion d'une petite poche charnue qui, après lavage, affecte une forme franchement triangulaire. A chacun de ses angles existe un orifice ; ces orifices correspondent à celui du col et à ceux des trompes. La pièce constitue un moule parfait de la cavité utérine : face externe tomenteuse, face interne lisse ; *aucun point de cette membrane ne présente un épaississement plus notable qu'un autre.*

Après l'expulsion de la poche membraneuse, les douleurs cessent ; il s'écoule encore un peu de sang pendant deux jours ; ce sang est suivi d'un écoulement lochial à peine marqué, et sept jours après, le 14 novembre, ne perdant plus, ne souffrant plus, la malade se lève et reprend ses occupations habituelles.

Examen histologique. — 1° Les éléments de la muqueuse utérine qu'on est habitué à rencontrer dans des cas semblables, tels que *glandes et revêtement épithélial, font absolument défaut.* Mais les recherches de Sinéty ont établi que, parfois, les produits de dysménorrhée membraneuse sont constitués par une masse de tissu embryonnaire, ne présentant plus *ni glandes, ni épithélium.*

2° La préparation contenait des *cellules embryonnaires très volumineuses et remarquablement développées* ; or, Ruge avait cru autrefois pouvoir attribuer ces éléments anatomiques à la seule *caduque ovulaire* ; mais, en 1880, il les trouvait également dans la muqueuse utérine ; le fait fut confirmé par de Sinéty.

3° M. Balzer a trouvé des *fibres élastiques*, éléments qui n'avaient jamais été reconnus dans une membrane dysménorrhéique.

Or, M. Le Pileur croit que ces fibres élastiques doivent nécessairement manquer dans les membranes ovulaires ; si donc elles *étaient* constantes dans les membranes dysménorrhéiques, elles fourniraient

un excellent moyen de diagnostic différentiel entre la dysménorrhée membraneuse et l'avortement.

Mais ces conclusions seraient prématurées, de nouvelles observations sont nécessaires.

Discussion.

M. Pajot. — Il serait sage de faire au moins quelques réserves au sujet de l'observation de M. Le Pileur. S'agit-il bien d'une dysménorrhée membraneuse ? La femme à laquelle il est fait allusion était régulièrement menstruée. Or, je professe que *presque toujours* la suppression spontanée de l'écoulement menstruel est un signe de grossesse. Je sais bien qu'il y a des exceptions, mais elles sont tellement rares. J'ai entendu des dames qui me disaient : « Oh ! moi, je suis mieux réglée quand je suis enceinte.— Comment cela, Madame? — Ah ! voyez-vous, M. le docteur, quand je ne suis pas enceinte, je n'ai mes règles que tous les mois, et quand je suis enceinte, je les ai tous les quinze jours. » Tout compte fait, ces écoulements répétés, durant la gestation, étaient dus à un état pathologique des tissus de l'utérus. En résumé, je pense qu'il faut penser avant tout à un avortement, lorsqu'on voit une femme, qui était régulièrement mentruée, perdre tout à coup du sang après une suppression plus ou moins longue et spontanée des règles, surtout quand elle s'est mise dans le cas de devenir enceinte.

Labusquière. — Certes le cas n'était pas des plus simples, et le titre même du travail de M. Le Pileur : *Dysménorrhée membraneuse prise pour un avortement*, fait ressortir la difficulté qu'il présentait. Cette observation montre, une fois de plus, combien est difficile, cliniquement, dans certains cas, le diagnostic entre la dysménorrhée membraneuse et l'avortement. Dans celui-ci, la suppression de l'écoulement menstruel, la dilatation du col et l'augmentation du volume de l'utérus, étaient bien autant de circonstances propres à faire penser à un avortement. M. Le Pileur devait y songer, et, à l'occasion, nous en ferions de même. Quant aux raisons qui, secondairement, l'ont décidé à changer l'étiquette, ce sont les suivantes :

1° Cette dame avait affirmé n'avoir éprouvé dans le courant de septembre et au moment où l'époque d'octobre aurait dû paraître aucun des phénomènes, aucun des malaises, maux de cœur ou autres, auxquels elle avait l'habitude de se reconnaître enceinte. Elle ne s'y était jamais trompée et cette absence de symptômes de grossesse ne

s'était montrée chez elle qu'une seule fois avant celle-ci, en 1876, alors qu'on avait cru en province, comme dans le cas actuel, à un avortement. Ce symptôme, d'un caractère purement spéculatif, a pourtant son importance, étant donnée, d'une part, que la malade n'est pas une hystérique et qu'elle est intelligente, d'autre part, qu'elle n'avait aucun intérêt à dissimuler un état de grossesse.

2° La membrane affectait la forme triangulaire classique qu'on a presque toujours observée dans la dysménorrhée membraneuse quand la poche a été rendue entière.

3° L'hémorragie avait cessé presque complètement après l'expulsion de cette membrane et le retour à la santé était non seulement rapide, mais brusque, deux faits qui ne se rencontrent pas toujours dans la dysménorrhée, laquelle est parfois suivie de métrorrhagies, mais que, par contre, on n'observe jamais dans l'avortement.

4° Il a été impossible de constater dans les membranes d'un œuf de six semaines ou deux mois environs, ces *éléments élastiques* qui existaient en abondance dans la membrane expulsée par Mme D...

Martineau. — La dénomination de *dysménorrhée membraneuse* me paraît être un terme impropre. Il est sans doute temps de lui substituer celle plus juste de *métrite exfoliatrice*. Le mot dysménorrhée signifie, en effet, écoulement difficile, douloureux. Il s'agit simplement d'un syndrome et non d'une entité morbide. Il y a, par exemple, dysménorrhée par suite d'un rétrécissement, variable de nature. Rétrécissement du conduit cervical, tantôt causé par de simples déviations de l'utérus (rétrécissement d'ordre mécanique), tantôt par des modifications de tissus, par l'organisation de produits lymphoïdes fabriqués par un processus pathologique (rétrécissement scléreux). S'il y a rétrécissement, il y a dysménorrhée, c'est-à-dire difficulté plus ou moins considérable à l'écoulement du sang. Ce mot dysménorrhée a donc une signification précise et il ne saurait convenir pour désigner l'*affection utérine* qui aboutit à l'expulsion de ces produits membraneux, d'autant plus que cette expulsion se fait assez souvent en l'absence de tout phénomène douloureux. Comme il faut bien savoir aussi que si elle a lieu le plus souvent à l'époque des règles, elle peut également se produire à un autre moment; mais elle est toujours sous la dépendance d'un état inflammatoire de la matrice, d'une *métrite*, qui sera parfaitement caractérisée si l'on ajoute l'épithète d'*exfoliatrice*. D'ailleurs, le traitement lui-même exprime de la façon

la plus nette cette manière de voir, car c'est par les moyens employés d'ordinaire contre le métrite, y compris, dans les cas rebellles, les cautérisations intra-utérines que l'on vient à bout de cette affection.

Pajot. — Je me rallie absolument aux considérations présentées par M. Martineau, sauf sur un point. Je ne crois pas qu'il faille attribuer au fait du rétrécissement le rôle capital dans le phénomène dysménorrhéique. Un fait, observé il y a bien longtemps, m'a pénétré de cette idée. Examinant les organes génitaux d'une dame que son mari m'avait conduite pour tâcher de découvrir la cause d'une stérilité qui les peinait beaucoup, quelle fut ma surprise de ne trouver d'abord aucun orifice externe du col ! Ce ne fut qu'après avoir examiné de nouveau et en me servant d'un verre de loupe que j'avais monté sur une tige, qu'il me fut possible d'en découvrir un, si petit qu'il était réellement imperceptible à l'œil nu. Très étonné, je posai à la dame certaines questions sur l'état de ses règles, sur les phénomènes qui les accompagnaient. Or, les règles étaient fort régulières et non douloureuses. Il me semble donc qu'il faut faire intervenir dans la production des phénomènes dysménorrhéiques autre chose que les étroitesses du canal cervical, et ce quelque chose, je le vois surtout dans la variabilité extrême, suivant les personnes, du degré de l'irritabilité de la matrice.

Martineau. — Je n'ai voulu discuter que la valeur du terme « dysménorrhée membraneuse », et dans cette intention, j'ai cité quelques exemples qui montrent que le mot de dysménorrhée ne doit servir qu'à désigner un phénomène qui peut reconnaître des causes bien diverses. J'ai observé aussi, de mon côté, des cas où l'écoulement menstruel se faisait facilement, malgré l'étroitesse du canal cervical, et comme M. Pajot, je suis absolument convaincu que lorsqu'on s'occupe des maladies des femmes, il faut toujours avoir présent à l'esprit ces deux mots : *irritabilité* et *contractibilité*. Ils désignent, en effet, des propriétés de la matrice, très variables suivant les sujets, et qui, par là, impriment souvent une physionomie bien différente à des phénomènes qui reconnaissent au fond la même cause physiologique et pathologique.

Labusquière. — M. Le Pileur ne ferait sans doute aucune objection pour substituer au terme de dysménorrhée membraneuse, celui de métrite exfoliatrice, qui est évidemment préférable. Il ressort, en effet, de son travail que, comme la plupart sinon l'unanimité des

auteurs, il considère la membrane expulsée comme le produit d'un processus phlegmasique évoluant dans les tissus de la matrice.

R. Labusquière lit un rapport sur une observation envoyée par M. Perret (de Rennes) à l'appui de sa candidatnre au titre de membre correspondant national.

Résumé de l'observation. — Femme rachitique, 26 ans, primipare, rétrécissement antéro-postérieur de quatre centimètres et demi à cinq centimètres. Grossesse à terme. Début du travail et écoulement des eaux quatre jours environ avant l'entrée à l'hôpital. Opération césarienne. Extraction d'un enfant *vivant* et *viable*. Suture utérine. *Gué- de la mère.*

MM. Le Pileur et Perret sont nommés, à l'unanimité, le premier, membre titulaire, le second, membre correspondant national.

M. Bailly lit une communication (1) ayant pour titre : **Considérations sur les forceps à branches de traction articulées.** L'auteur s'attache à établir les deux points suivants :

1° Par les pressions inévitables et souvent dangereuses qu'il exerce sur les parois pelviennes et par l'intermédiaire de la tête fœtale, le forceps de Levret entraîne à une dépense exagérée de forces, au préjudice de la femme, de l'enfant et de l'accoucheur.

2° En laissant l'extrémité céphalique du fœtus libre d'obéir à l'action directrice du bassin, les forceps à branches de traction articulées et, parmi ceux-ci, le forceps de Tarnier, réalisent une notable économie de forces au bénéfice de la femme, de l'enfant et de l'accoucheur.

Discussion.

M. Rey lit trois observations empruntées à un tracail du professeur A. Cuzzi (1), dans lesquelles il est noté que le forceps de Tarnier avait dérapé.

M. Guéniot. — Il importe, je crois, dans la discussion actuelle, d'envisager surtout ce qui se passe dans les cas difficiles. J'admets que dans les autres, lorsque, par exemple, la tête est dans l'excavation, etc., le forceps de M. Tarnier possède certains avantages ; dé-

(1) Elle sera publiée *in extenso* dans le Bulletin de la Société.

(2) *Rivista clinica*, 1882.

pense moins grande de force, etc. Mais, je me demande si dans les cas où les difficultés sont considérables, cet instrument est réellement aussi efficace que le forceps classique. J'ai été, pour ma part, assez frappé par la lecture d'un fait qui a été publié par M. Budin. Il s'agissait d'un rétrécissement modéré. Or, le forceps de M. Tarnier ayant dérapé deux fois, on fit la craniotomie. Certes, il peut se faire que de toutes façons, on eût été obligé d'en arriver à cette intervention extrême. Cependant, je n'ai pu me defendre d'un certain doute et je me demande encore si on n'aurait pas pu, avec le forceps de Levret, vu le degré modéré du rétrécissement, avoir un enfant vivant.

Doléris fait au forceps Tarnier les reproches suivants :

1° C'est un instrument défectueux par sa complication inutile et son prix excessif.

2° En ce qu'il réalise un appareil double et indépendant qui annihile le sens de l'opérateur et le prive de l'assurance que donne, au contraire, une pince dont le fonctionnement dépend d'actes solidaire et combinés.

3° De cette indépendance, qui gît dans l'annexion d'un appareil de traction mobile à la pince ordinaire, résulte *le dérapement*, beaucoup plus fréquent avec le Tarnier qu'avec le Levret. Cela est l'opinion de la presque totalité des membres de la Société et cela paraît être l'opinion qui s'établit de plus en plus à l'étranger, sur le forceps de Tarnier, aussi bien que sur tous les appareils de construction analogue.

4° La nécessité de confier à une vis de pression la charge de serrer et de maintenir la tête, expose à des pressions insuffisantes ou excessives, suivant que l'on tourne trop ou pas assez la vis, dont le règlement n'est pas indiqué, suivant que la prise de la tête se modifie par ses variations d'attitude ou par la compression subie de la part des parois pelviennes, d'où :

a) La pression trop forte blesse la tête fœtale et peut la fixer dans une attitude vicieuse.

b) La pression trop faible expose au *dérapement*.

5° L'application de branches de traction à la base des cuilières tend à convertir en une ligne *brisée* l'axe de traction qui devrait être droit pour être efficace, et brise l'effort qui devrait s'exercer sur une même ligne droite, allant de la poignée au centre de figure de la tête (M. Rey). Si la tête est immobile et fixe, la conséquence qui en

résulte est la bascule des *cuillers* en *arrière* dans l'intérieur du bassin, et à l'extérieur une déviation correspondante de marche en *avant* qui indique une fausse direction de tractions à exercer : *L'aiguille est folle.*

6° Pour les mouvements qui exigent l'emploi d'une pince rigide, tels que la rotation de la tête, les branches de traction indépendantes sont inutiles et gênantes ; ceci est, à la vérité, un inconvénient de peu d'importance.

Verrier lit, au nom de M. Bousquet de Marseille, une notice sur un **cas de difformité de la face.**

De la part de Neugebauer, fils (Varsovie) : Envoi d'une photographie d'une femme âgée de 23 ans, secondipare, qui présentait des **mamelles supplémentaires.** En tout, dix mamelles.

M. Verrier lit une note intitulée : **Cas de cystocèle avec accompagnement de pierre dans la vessie.**

M. Doléris dépose :

1° Un mémoire sur le **Traitement de l'endométrite et du catarrhe chronique de l'utérus par l'écouvillonage antiseptique.**

2° Un ensemble de douze observations personnelles de **Traitement de la rétention du placenta abortif par le curage utérin antiseptique,** suivi de succès.

3° Une note sur le **Traitement opératoire du prolapsus utérin par les opérations plastiques et le raccourcissement des ligaments ronds combinés.**

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN.

Séance du 12 février 1886.

Présentations. — Hofmeier. **L'utérus d'une femme âgée de 53 ans, qui avait succombé à une attaque de tétanos, développé à l'occasion d'un cancer du corps de la matrice.** — L'utérus est envahi en totalité par le carcinome. Le néoplasme paraît s'être développé tout

d'abord dans la lèvre postérieure du col; de là, il a gagné le reste de l'organe.

Vers la mi-janvier, des hémorrhagies et des pertes décidèrent cette femme à consulter un médecin. Elle se rendit pour la dernière fois chez lui, le 25 janvier. Le 26, apparurent des phénomènes de trismus qui furent bientôt suivis d'un tétanos généralisé. La mort survint le 4 février, malgré l'emploi du chloral et du curare.

Le tétanos doit être mis, dans ce cas, sous la dépendance du cancer de la matrice. Aucune autre circonstance ne peut permettre d'expliquer son apparition. Mais il est d'origine traumatique et en relation de causalité avec les explorations répétées des organes génitaux. Il faut également faire entrer en ligne de compte le tamponnnement, employé comme moyen d'hémostase et qui a sans doute favorisé, par la rétention des produits sécrétés, le développement de microbes pathogènes. Enfin, il ne faut pas oublier que cette femme déjà très fatiguée, avait, pour aller de chez elle chez son médecin, fait un long trajet par un très grand froid.

SCHRÖDER fait observer qu'il résulte aussi de son expérience, que le séjour des tampons n'est pas sans avoir une certaine influence sur le développement du tétanos.

BOKELMANN. **Le cadavre d'un enfant atteint d'hydrocéphalie, dont le crâne possédait un volume exceptionnel.** — Cet enfant était celui d'une femme IVpare. Point intéressant; l'*accouchement n'avait pas été très long et il s'était terminé spontanément malgré les proportions colossales de la tête.*

HOFMEIER. **Un produit de conception offrant quelques particularités cliniques et anatomiques intéressantes.** — Il provient d'une femme âgée de 23 ans. En janvier 1885, n'ayant pas vu ses règles, elle se crut enceinte. Mais comme, sauf la suppression des menstrues, aucun autre signe de gravidité ne se montrait, elle voulut être fixée sur son état et vint se renseigner à ce sujet. Hofmeier pensa qu'il s'agissait d'un produit de conception, mort prématurément. Or, vers le commencement du mois de février, elle expulsa ce produit qui était profondément modifié. Ruge y reconnut les restes des membres, du crâne, du cordon, etc. Les autres parties du fœtus avaient été complètement résorbées.

WINTER. **Un placenta provenant d'une femme secondipare,** chez

laquelle la première grossesse avait été interrompue au quatrième mois en raison d'une néphrite gravidique. Dans cette deuxième grossesse, survint au septième mois le décollement prématuré du placenta. Le point de départ de l'hémorrhagie siégeait dans le placenta. Accouchement heureux pour la mère et pour l'enfant. Les symptômes de l'albuminurie s'atténuèrent durant les suites de couches et il ne resta plus qu'une très petite quantité d'albumine dans l'urine.

Suivent trois observations, très succinctes, de décollements prématurés du placenta, liés à l'existence d'une lésion néphritique.

Weit, en présentant deux **pièces pathologiques enlevées chez deux femmes atteintes de cancer du corps de l'utérus**, fait une communication sur cette variété de cancer.

1er cas. Utérus d'une femme âgée de 52 ans. 3 accouchements. L'affection carcinomateuse apparaît sur cet utérus, à une période très précoce de son évolution. Opération le 10 janvier; suites d'opérations très simples. L'opérée quittait l'hôpital 15 jours après l'opération.

2e cas. Utérus d'une femme âgée de 66 ans. 12 accouchements. Opération le 27 janvier. Le diagnostic avait été fait en mai 1885. Le volume de la matrice, l'existence dans le vagin d'adhérences cicatricielles, rendirent l'intervention laborieuse, néanmoins elle fut menée à bien. Suites opératoires satisfaisantes.

Weit rappelle les premières statistiques qu'il a publiées (1879), celles de Hofmeier (1884). Depuis 1879, il a observé 11 cas nouveaux. Mais ces faits ne modifient en rien les conclusions qui découlaient des premières statistiques. Chez sept de ces 11 malades, on a pratiqué l'opération radicale. Une des opérées est morte des suites de l'opération; chez une autre, la récidive se fit dans la première année; chez deux, vers la fin de la deuxième; une autre est parfaitement bien portante après plus de deux ans.

En somme, les résultats ne sont guère favorables, au point de vue de la récidive. Cela tient sans doute à la forme même du cancer. Contrairement à ce qui se produit dans les cas de cancer du col, dans ceux-ci *la généralisation est plus rapide, les ganglions rétro-péritonéaux sont plus vite atteints*. Ainsi beaucoup de malades paraissent elles en état de subir une opération radicale, chez lesquelles cependant la maladie ne peut être radicalement guérie. *Il importe beaucoup, au point de vue du résultat, de faire un diagnostic précoce.* Le raclage et l'examen histologiques des tissus enlevés, sont pour cela d un très grand secours.

WEIT *se prononce nettement pour l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale.*

COHN. Traite de **l'emploi de l'anesthésie chez les parturientes.** — Il a expérimenté le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle et le chloroforme.

a. *Protoxyde d'azote.* — Il procure certainement l'anesthésie. Pas de modification notable du pouls, mais *accélération très marquée de la respiration.* Son principal désavantage est de déterminer, assez souvent, *un degré d'excitation extrême.* Enfin, sa cherté et l'outillage compliqué que nécessite son usage, sont des inconvénients sérieux à son introduction dans la pratique.

b. *Bromure d'éthyle.* — Anesthésie prompte. Pas de modification du pouls ou de la respiration. Mais, plusieurs jours après l'emploi du bromure d'éthyle, les produits de sécrétion de la mère et de l'enfant ont une odeur d'ail très forte; circonstance défavorable à la généralisation de l'emploi de cet agent.

e. *Chloroforme.* — L'auteur n'a jamais observé chez les femmes soumises à l'anesthésie chloroformique des accidents d'asphyxie, malgré l'emploi prolongé du chloroforme. En revanche, l'anesthésie complète a sur les enfants une influence fâcheuse. Ils sont, en naissant, somnolents, ne crient pas, et il est nécessaire, pour les tirer de cet état d'engourdissement, d'user d'excitations assez fortes. Mais la demi anesthésie, même longtemps continuée, ne paraît pas avoir d'inconvénients de cette sorte.

COHN se prononce en faveur du chloroforme.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE DRESDE.

Séance du 3 décembre 1885.

GRENSER. **Sur l'endométrite fongueuse et polypeuse.** — Grenser, après avoir réuni 30 observations personnelles, a étudié l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement de la maladie. Il se sert, pour la dilatation du col, d'éponges préparées phéniquées, et sauf un cas de paramétrite, il n'a

jamais observé d'accident par l'emploi de ce procédé. Comme traitement consécutif, il a recours aux applications, dans la cavité utérine, de substances astringentes combinéees avec l'administration interne de l'ergotine. L'auteur n'a jamais observé de récidives, même dans l'intervalle de plusieurs années. En terminant, il fait un parallèle entre l'endométrite fongueuse et l'endométrite polypeuse, et tient l'emploi de la curette pour indiqué contre cette dernière.

Schramm. — Il a observé l'extrême fréquence de l'endométrite fongueuse entre 40 et 50 ans. Le symptôme le plus caractéristique de l'affection lui paraît être un état de béance de l'orifice externe, et la facilité avec laquelle on l'atteint. Pour la dilatation, il ne se sert jamais de laminaire, mais des tiges graduées d'Hégar. Comme topique, il préfère le perchlorure de fer à la teinture d'iode, avec laquelle il a observé des récidives.

Léopold. — Il a été obligé, chez une jeune fille âgée de 17 ans, de faire le grattage de la matrice. Malgré cette intervention, les hémorrhagies, après nombre d'années, étaient encore considérables. Cependant l'examen microscopique ne montra pas qu'il s'agissait d'une affection maligne. Un peu avant la ménopause ou lorsqu'elle s'établit, l'endométrite fongueuse devient souvent le point de départ d'un cancer du col. Quand la maladie récidive, il faut bien s'assurer qu'il n'existe pas des myômes de petit volume et multiples, accessibles souvent par le rectum.

L'endométrite fongueuse s'installe parfois sous l'influence du typhus, de la scarlatine, etc., etc. Parfois aussi elle succède à l'avortement et a pour origine les débris de chorion restés dans la cavité utérine. Léopold se sert de la sonde pour faire le diagnostic. Elle fournit à la main exercée des sensations particulières qui permettent de reconnaître soit l'endométrite fongueuse, soit l'endométrite polypeuse. Il faut tenir compte de certaines circonstances avant de procéder au grattage de l'utérus, circonstances qu'il est parfois difficile d'apprécier. Certes, il est habituellement aisé de reconnaître des phlegmasies péri-utérines récentes; en revanche, certaines paramétrites anciennes, non complètement guéries, peuvent facilement passer inaperçues. Elles méritent cependant d'attirer l'attention. Il arrive souvent qu'à la suite d'un simple cathétérisme, une paramétrite latente se transforme en une paramétrite intense, avant même qu'on ait procédé au grattage de la matrice.

Léopold se sert tantôt de laminaria, tantôt des bougies d'Hégar,

employées seules ou concurremment avec la laminaria. Mais la dilatation, à son avis, est rarement utile, lorsqu'on peut, avec la sonde, faire le diagnostic. Pour la cautérisation, il use de compresses imbibées d'une solution de perchlorure de fer et prescrit, après le grattage, huit jours de repos. Les deux hémorrhagies menstruelles qui viennent après le grattage peuvent être très abondantes.

KORN. — **De l'inversion utérine.** Korn traite de l'étiologie, du diagnostic et du traitement de cet accident.

L'extrême rareté de cette complication ressort des statistiques de Braun, puisque sur 250,000 accouchements bien conduits, elle n'a jamais été observée. La circonstance la plus favorable à sa production consiste dans la dilatation de la matrice, combinée avec une flaccidité excessive de ses parois. Mais le facteur le plus efficace est évidemment l'accouchement. La tension du cordon et l'expression placentaire peuvent transformer en une inversion aiguë une dépression ancienne. Les fibromes, les carcinomes ne peuvent produire l'accident que s'ils ont une base large ou un pédicule court. En ce qui concerne le traitement, la meilleure méthode consiste dans la reposition manuelle pratiquée aussitôt que possible. Il importe pour cela de bien fixer l'anneau de l'organe inversé, soit contre la paroi pelvienne, soit à l'aide de tractions pratiquées, avec une pince, sur les parties avoisinant l'orifice de la matrice, etc. Korn conseille de ne pas employer l'anesthésie, pour avoir dans la réaction douloureuse une indication qui permette de ne pas pousser les manœuvres plus loin que ne le comporte la sécurité de la femme. Quand le placenta est adhérent, il est bon de procéder à la réduction de l'organe avant de procéder au décollement de l'arrière-faix. En cas d'échec des tentatives de reposition manuelle, on peut employer le colpeurynter, qui peut être laissé en place un temps assez long. Sous l'influence de la pression constante exercée par le colpeurynter, souvent la matrice se réduit spontanément. Dans quelques cas, on pourra être en droit de songer à l'extirpation totale de l'utérus par le vagin.

OBSERVATION. — Femme secondipare, 26 ans. Après son deuxième accouchement, fin septembre 1885, elle eut une hémorrhagie abondante. Quatre heures après, le médecin appelé constatait une inversion complète de la matrice, avec adhérence du placenta. Le placenta décollé, il esseya de réduire l'utérus. N'ayant pas réussi, il s'abstint de toute autre manœuvre. La femme eut des suites de couches nor-

males; néanmoins, elle perdait toujours un peu de sang. Le 2 et le 3 novembre, hémorrhagie considérable qui la décida à se présenter à la clinique d'accouchement.

EXAMEN. — *Inversion complète; les deux orifices tubaires très apparents.* Les tentatives manuelles de reposition ayant échoué, on appliqua le colpeurynter. Le lendemain, on enlève le colpeurynter, mais pour le replacer. *Le jour suivant, la réduction était complète.* Ergotine à l'intérieur. On remet, un jour encore, le colpeurynter en place. Guérison rapide.

BODE. — Il rappelle un cas d'**inversion utérine puerpérale complète et combinée avec un prolapsus de la matrice.** Il put, grâce à l'emploi du colpeurynter, réduire parfaitement l'organe inversé. Mais il importe que la compression exercée par le colpeurynter soit continue et énergique. L'instrument doit être convenablement distendu. C'est à l'oubli de cette précaution capitale qu'il faut attribuer les reproches adressés à la méthode.

Bode fait également ressortir que l'inversion complique assez souvent les accouchements faciles, prompts..., les accouchements dits *précipités.* (*Centralblatt. für. Gynæk,* mars 1869.)

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE LA GRANDE-BRETAGNE.

Séance du 24 février 1886.

Présentations. — M. MOUILLY. **Des préparations de micrococcus de la fièvre puerpérale, montrant des obstructions vasculaires par suite d'agglomérats de ces micro-organismes, et des micrococcus, réunis en chaînes de différentes longueurs, provenant du pus d'abcès septiques.**

Dr ROUTH. — Nul homme en Angleterre n'a peut-être vu autant de fièvres puerpérales terminées par la mort, qu'il en a observé lui-même à Vienne. En certains jours, la mortalité était telle que (pour 3,500 accouchements par an) le chiffre de cette mortalité eût été par mois de 500, si la proportion se fût maintenue. Cette fièvre n'était ni contagieuse, ni infectieuse. Elle était la conséquence du transport di-

rect par les mains des médecins sur les parties maternelles de matière cadavérique. On ne la voyait point apparaître dans les salles où les femmes accouchées étaient soignées *exclusivement* par des sages-femmes. Il convient de classer les accidents puerpéraux graves en trois groupes, soit qu'ils intéressent les *séreuses*, les *muqueuses*, ou qu'il s'agisse de fièvre récurrente. Mais le point capital consiste à reconnaître s'il existe un agent *pathogène spécifique*. Pour ce qui est de l'épidémie observée à Vienne, la fièvre était transmissible au fœtus par le lait; car, beaucoup d'enfants succombaient avant les mères, et l'autopsie révéla chez eux des lésions de péritonites généralisées. A cette époque, on ne faisait pas dans l'utérus de lavages antiseptiques, on les pratique aujourd'hui d'une façon systématique. On arrivait alors à arrêter les progrès de l'épidémie en obligeant tout étudiant à laver ses mains dans une solution de chlorure de chaux avant d'examiner une femme enceinte; on les exhortait à changer de vêtements et on interdisait absolument à tous ceux qui avaient charge d'autopsies, d'assister les femmes enceintes. L'usage devenu aujourd'hui systématique des substances antiseptiques, pour prévenir les accidents puerpéraux, soulève cette question : *quel est le meilleur des antiseptiques ?* Or, l'iode l'emporte sur l'acide phénique et sur le sublimé. Il a sur le sublimé un grand avantage. C'est un déodorisant parfait. En outre, grâce à son extrême volatilité, il pénètre rapidement dans l'intimité des tissus. Mais, il ne coagule pas les matières albuminoïdes comme le bichlorure et, pour obtenir ce résultat important, puisqu'il prévient la résorption des matières toxiques, il faut l'employer sous forme de solution chaude. Enfin, dans tous les cas de septicémie, le Dr Routh administre, matin et soir, 25 centigr. de sulfate de quinine, pratique qui lui donne toujours d'excellents résultats.

BARNES. — Désire surtout attirer l'attention sur une circonstance qui lui paraît importante dans l'histoire de la fièvre puerpérale et à laquelle pourtant on n'accorde que peu d'attention. Il a déjà fait remarquer, qu'en dehors de toute contamination par des agents extérieurs, la femme peut elle-même faire tous les frais de la fièvre puerpérale ; fièvre puerpérale par *auto-infection*. Elle est, du reste, dans des conditions qui favorisent singulièrement cette infection autogénétique. En effet, « *durant la grossesse, le sang possède un caractère spécial; le système vasculaire et nerveux sont dans un état de tension très accusé. La masse totale du sang est augmentée; des vais-*

seaux de nouvelle formation apparaissent; de nouveaux tissus se forment pour répondre aux besoins de l'embryon; la force vasculaire se dirige du centre vers la périphérie, il existe en réalité, un véritable processus d'édification. Il n'y a pas d'autre absorption que celle des déchets habituels de la nutrition. Au contraire, tout de suite après l'accouchement, un processus inverse se produit. Vers le second ou le troisième jour, les tissus, en excès, de l'utérus ou des autres organes, subissent une désintégration rapide, ils doivent être rapidement emportés; la force vasculaire devient tout à coup centripète. Le mouvement d'absorption est intense. Une quantité considérable d'éléments frappés de dégénérescence pénètrent dans le torrent circulatoire; et si les organes excréteurs fonctionnent mal, le sang s'altère et la fièvre s'installe (1). » Telle est l'étiologie de la fièvre puerpérale autogénétique. Il est donc inutile pour certains cas de rechercher à l'extérieur les agents pathogènes. Mais il est vrai que l'état spécial de l'accouchée crée un terrain de choix pour les agents hétérogènes. Si en effet, le virus de la scarlatine, de la diphthérie, ou tout autre élément identique pénètre dans l'organisme maternel, il y trouve les conditions les plus favorables au développement d'une fièvre zymotique ou septicémique, *fièvre puerpérale hétérogène.*

Barnes approuve l'emploi de l'iode en injection, et reconnaît les avantages de l'administration du sulfate de quinine.

M. Moullin. — On admet généralement que fièvre puerpérale, pyohémie, septicémie, sont au fond des affections identiques ; la première étant modifiée dans son expression symptomatique par des conditions spéciales. La marche de la maladie est profondément influencée par le mode de pénétration des organismes. Y a-t-il pénétration directe dans le sang, la mort est rapide. Les agents morbides pénètrent-ils d'abord dans les voies lymphatiques; l'organisme tend à s'en débarrasser, il y a formation d'abcès multiples. Il est bien difficile d'*éliminer* la théorie des germes, devant l'évidence fournie par les préparations micrographiques, mais il ne faut pas perdre de vue cette notion importante que certains sujets sont plus que d'autres aptes à subir l'action des agents morbides.

Rasch. — Relate deux faits destinés à montrer que certains cas de fièvre puerpérale ne diffèrent en rien de certains autres cas de septi-

(1) A rapprocher des idées défendues, *depuis longtemps,* par le professeur Pajot. (Voy. *Annales de gynécologie*, mars 1885, p. 212.)

cémie. Le premier est celui d'un médecin qui s'inocula à la main pendant un examen fait dans un cas de pyohémie fœtale. Le second fut observé chez une multipare à la suite d'un avortement. Les deux faits se ressemblaient si fort, qu'ils méritaient tous deux l'étiquette de fièvre puerpérale, si l'affection observée chez la femme réclamait cette dénomination.

FANCOURT BARNES. — Rappelle qu'il a cité le cas d'un individu qui avait contracté la septicémie, auprès de sa femme atteinte de fièvre puerpérale. Il ne met pas un instant en doute l'existence de la fièvre puerpérale autogénétique. La dépression mentale, causée par les grossesses illégitimes et les mariages clandestins, est une circonstance très favorable au développement de l'auto-infection. Il considère l'acide phénique comme un excellent antiseptique contre les accidents des suites de couches. Chez une femme, morte dans son service, il trouva, à la nécropsie, près de trois quarts de litre de pus dans l'abdomen; il ne peut se défendre de l'idée que, s'il avait pratiqué la laparatomie, évacué le pus et fait la toilette du péritoine, la femme aurait pu guérir.

BLAKE, CARFRAC, L. TAIT font quelques remarques, etc.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 5 *mai* 1886.

MATTHEWS DUNCAN lit un travail ayant pour titre : **élasticité, rétraction et polarité de l'utérus.**

La distinction établie par l'auteur entre la rétraction et la contraction donne lieu à des opinions tellement diverses et contradictoires qu'il a pu, avec raison, dire dans sa réplique que *si, depuis longtemps, on s'accorde à reconnaître une différence entre ces phénomènes, cette différence reste fort mal définie.* C'est là un point qui demande de nouvelles études. L'opinion qu'il a émise au sujet de l'action de l'ergot soulève aussi plusieurs objections : « l'*ergot*, dit-il, *produit la rétraction et non la contraction; de là ses échecs, ses dangers, ses avantages.* » Comment, objecte-t-on, si l'ergot ne produisait que la rétraction, pourrait-il se montrer ocytocique, hâter la délivrance et terminer un travail pour lequel la nature se montre

impuissante, etc.... Quant à la polarité, elle sert à désigner cette propriété en vertu de laquelle la puissance motrice des fibres musculaires du segment inférieur de la matrice, du col et même du vagin est inhibée au moment où les fibres musculaires du corps de l'organe se contractent. On observe des phénomènes de même ordre dans les actes de la miction, de la défécation. Mais cet ordre peut être troublé. Il peut y avoir antagonisme dynamique ; d'où certaines variétés de coliques très douloureuses, du ténesme vésical, des épreintes, et, dans l'espèce, pour l'utérus, l'incarcération du placenta, et certaines formes de dysménorrhée.

Telles sont les principales remarques auxquelles a donné lieu cette communication.

Ont pris part à la discussion : GALABIN, HORROCKS, CHAMPNEYS, SLOAN, BROWN, ROPER, PERIGAL, POTTER, H. JONES.

A. ROUTH relate un cas de **périmétrite séreuse** (1) observé chez une femme de 27 ans, pendant la menstruation. Le cul-de-sac de Douglas proéminait fortement et il y avait deux points fluctuants. On fit deux ponctions qui donnèrent issue à plusieurs onces d'un liquide parfaitement limpide. Pansement antiseptique. La guérison fut rapide, mais il y eut une récidive légère à la menstruation suivante. Routh pense que le point de départ de l'affection est la congestion menstruelle de l'utérus. Une circonstance quelconque transforme cette congestion en une inflammation qui, par continuité de tissus, le long des trompes ou à travers les diverses couches de l'utérus, se propage jusqu'au péritoine. Quant au diagnostic entre la périmétrite séreuse et purulente, il n'est guère possible qu'après la ponction.

DORAN. Ce cas est de nature à déterminer la véritable signification de la « périmétrite séreuse ». Une substance irritante, venue des trompes ou d'ailleurs, cause la péritonite. Utérus, trompes et intestins arrivent à adhérer de façon à emprisonner une portion de péritoine isolée de la cavité abdominale, et l'exsudation se fait.

THORNTON. Au point de vue du traitement, il convient de rapprocher ces faits de ce qui se passe dans les épanchements pleurétiques. A la longue, un épanchement séreux peut devenir purulent. Donc, il ne faut pas trop attendre. Sans doute, on a vu la transformation purulente succéder à la ponction. Mais cela peut tenir à un défaut

(1) Voy. *Annales de gynécologie*, août 1885, p. 134.

d'antisepsie. Le résultat si heureux obtenu par Roux est dû sans doute à ce qu'il a fait des injections de sublimé et un pansement à l'iodoforme, en somme à une antisepsie rigoureuse. S'il avait introduit dans la poche péritonéale, en faisant la ponction, un élément septique, il aurait eu de la suppuration au lieu d'une guérison rapide. (*Brit. med. Journ.*, 15 mai 1886.)

D[r] R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK.

Séance du 2 mars 1886.

Appareil à traction axiale applicable à tous les forceps, par le D[r] B.-H. Wells. C'est une tige pourvue d'un crochet qui se place à l'angle de réunion des branches du forceps. Elle porte une autre tige munie de deux cornes qui s'appliquent sur les manches du forceps et les maintiennent suffisamment rapprochées. L'auteur, quoique le point d'application de la force soit au niveau de l'articulation, affirme que la « *direction* de la traction est la même qu'avec le forceps de Tarnier. »

Le D[r] Nilsen présente un **kyste ovarique énorme ayant subi la dégénérescence calcaire.** Le kyste renfermait 47 livres 1/2 de liquide, il était adhérent de tous les côtés. L'opérée, qui avait eu de l'albuminurie avant l'opération, succomba le dix-septième jour.

Le D[r] Mundé, président, présente un **épithélioma de la vessie.** Il l'a grattée avec la curette; la malade est probablement morte d'une métastase pulmonaire.

Il présente aussi un **cancer villeux du col et du corps de l'utérus,** accompagné d'un **fibrome sous-muqueux.** Ces tumeurs ont été enlevées après la mort. Mundé fit le curage de l'utérus et appliqua du chlorure de zinc et de l'iodoforme dans la matrice. La malade mourut subitement d'une embolie pulmonaire.

Le D[r] Heitzmann a reconnu un cancer villeux de l'endométrium, lésion rare dans cette muqueuse, mais assez fréquente dans la vessie.

Les Drs Wylie et Hanks prennent part à la discussion et citent des cas analogues.

Ponction exploratrice et incision exploratrice, par le Dr H.-C. Coe. Son mémoire sera publié dans l'*Amer. Journ. of Obst.*, et analysé, s'il y a lieu, pour nos lecteurs.

L'auteur croit que la ponction exploratrice de l'abdomen est tombée dans une défaveur imméritée : si l'on emploie la seringue à injection hypodermique et non l'aspirateur, les dangers ne sont pas aussi grands qu'on l'a dit. D'autre part, l'incision exploratrice est moins innocente qu'on ne l'a affirmé, et il ne faut y avoir recours que lorsqu'on a employé en vain tous les moyens possibles de diagnostic.

Le Dr Wylie s'accorde avec Coe ; cependant il connaît au moins deux cas dans lesquels la mort à suivi une ponction faite avec la seringue à injection hypodermique : dans l'un, on ponctionna la vésicule biliaire qui était tellement tendue que l'ouverture laissa suinter du liquide qui causa une péritonite ; dans l'autre, la péritonite fut causée par l'issue du liquide d'une pérityphlite à travers l'ouverture faite par la canule. Dans ces cas, la ponction capillaire est dangereuse, à moins qu'on ne soit prêt à opérer à l'instant.

Le Dr Harrison croit qu'il est dangereux de ponctionner les hématocèles.

Le Dr Hunter connaît des accidents survenus à la suite de l'introduction de l'aiguille hypodermique, comme à la suite de l'aspiration.

Le Dr Mundé ne croit pas qu'il soit dangereux de ponctionner une hématocèle, pourvu qu'on l'ouvre ensuite et qu'on l'irrigue abondamment ; il l'a fait deux fois avec avantage.

L'aspiration l'a empêché, aujourd'hui même, de faire la gastrotomie, car elle a donné issue à un liquide séro-sanguinolent, qui indique une tumeur maligne.

Séance du 16 mars 1886.

Œuf abortif. — Le Dr Hunter présente les pièces. La malade a déjà avorté plusieurs fois, et il est intéressant de se demander si la cause de ces avortements répétés n'est pas une large déchirure du col, dont elle est affectée.

Le Dr Skene croit que cet œuf est malade. La déchirure du col peut causer indirectement l'avortement en amenant une endométrite qui peut faire naître une inflammation de l'œuf et la dégénérescence charneuse.

L'auteur aurait désiré suturer le col, mais la malade est devenue enceinte trop tôt pour qu'il l'ait pu, avant six semaines.

Le Dr Polk est d'avis d'opérer aussitôt que l'involution est complète, entre six et huit semaines. A elle seule, si elle ne s'accompagne pas d'endométrite, la déchirure du col ne lui paraît guère pouvoir amener l'avortement.

Le Dr B. Emmet croit qu'une déchirure étendue du col suffit pour causer l'avortement.

Rupture de l'utérus, mort par choc. — Le Dr Polk a vu à l'hôpital une femme dont le fœtus se présentait en dorso-antérieure gauche. La version fut aisée et rapide. L'accouchée succomba au bout d'une heure, après avoir perdu de temps en temps. Aucune manœuvre intra-utérine ne peut être accusée d'avoir perforé l'utérus, car on n'a fait que des injections intra-utérines.

La déchirure s'est faite sans doute pendant de fortes douleurs, qui ont cessé subitement.

La parturiente étant pauvre, avait voulu se passer d'assistance, et c'est la police qui l'a envoyée à l'hôpital. La rupture a commencé à gauche, au-dessus de l'orifice interne. Le péritoine n'est pas intéressé. L'abdomen renfermait beaucoup de sang.

Le Dr Wylie a vu dernièrement un cas de déchirure de l'utérus à droite ; la malade s'est rétablie après avoir présenté des symptômes septiques.

Les Drs Skene et Partridge ont aussi vu des cas de guérison.

Le Dr Hunter relate un cas rare d'**endométrite fongueuse avec aménorrhée.** Ces fongosités ne sont point des produits de conception.

Le Dr Gillette raconte un cas de **vaginite causée par des fourmis rouges.** Ces insectes avaient élu domicile dans l'appareil à injections de la malade, qui souffrait d'autant plus qu'elle prenait un plus grand nombre d'injections.

Hémorrhagie intra-cranienne chez le nouveau-né, par le Dr Partridge. Dans le premier cas, l'accouchement ne dura qu'une heure et vingt-trois minutes ; l'enfant pesait 6 livres et 10 onces.

Le second enfant pesait 8 livres et 12 onces et fut extrait par le forceps, à cause de l'inertie utérine dans le second stade. Circulaires autour du cou. L'enfant ne vécut que trois jours; il eut des convulsions.

Congestion générale du cerveau ; dans le lobe cérébral droit, cavité, du volume d'une amande, pleine d'un sang demi-liquide. Cervelet mou.

Un microbe puerpéral et son habitat, par le Dr NOEGGERRATH (1). Cette fièvre puerpérale a présenté les traits suivants :

1° L'introduction d'un élément septique, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse ;

2° La durée d'une fièvre peu intense et sa persistance, malgré un traitement interne et externe énergique institué de bonne heure ;

3° Son caractère rémittent, presque intermittent ;

4° L'inflammation que le poison a causée dans l'utérus ;

5° L'absence de dépôts dans les organes éloignés malgré la longueur du temps pendant lequel la malade a subi l'influence des germes fébriles (accouchée le 26 septembre, elle avait encore de la fièvre en novembre).

Le caillot expulsé le 9 octobre paraissait frais ; il n'avait que peu d'odeur. Noeggerrath y a trouvé le bactérium particulier qui fait le sujet de son mémoire. C'est un vrai bactérium ; sa longueur varie entre celle d'un micrococcus et celle d'un bacille ; il présente, vers son milieu, une légère constriction qui lui donne l'apparence de deux coccus réunis. Par places, deux ou trois bâtonnets sont joints ensemble. Transplanté dans de la gélatine, il la liquéfie rapidement, et elle devient bientôt putride. Dans les pommes de terre il développe rapidement une forte odeur de fromage de Limbourg.

Injectée sous la peau ou dans la cavité abdominale d'un lapin, la gélatine ainsi liquéfiée ne cause aucun symptôme morbide.

La famille qui habitait la maison où Mme X... accoucha n'avait rien présenté de notable au point de vue de la santé. On s'était peu servi des lavoirs, et ils étaient couverts d'une poussière que le balayage rejetait dans l'air. Mme X... en avala et fut prise de diarrhée avant son accouchement.

---

(1) Résumé d'après l'*Am. Journ. of Obst.* de mai 1886, p. 449. La discussion sur ce mémoire et l'observation (lu à la *Soc. obst. de New-York*, le 2 février) ont paru dans les *Annales* de mai dernier, p. 384. (A. C.)

Ce parasite, pour Noeggerath, est un *saprophyte* « la saprémie est « une infection putride simple et non un empoisonnement par un « organisme qui se développe dans le sang; c'est le résultat de l'entrée « dans la circulation de gaz et de lymphe décomposée. »

Séance du 6 avril 1886.

Le Dr H.-M. Sims présente son **pessaire à tige pour la rétroversion.** Il est en caoutchouc durci et présente la forme d'un fer à cheval ou de la partie postérieure du pessaire de Hodge. Les deux extrémités du fer portent chacune une petite tige qui entre dans la base élargie de la tige intra-utérine. Celle-ci est donc mobile d'avant en arrière, lorsque le pessaire est placé. D'après son auteur cet instrument est utile, surtout dans les cas où les autres pessaires ne tiennent pas, et lorsque le col est très court.

Les Drs Mundé, Janvrin, Cleveland et Perry prennent part à la discussion.

Le Dr Sims présente aussi les pièces d'un **double pyosalpinx.** Après l'enlèvement des trompes, Sims fit de l'irrigation continue avec une solution phéniquée, au moyen d'un tube à double courant.

Discussion : Mundé, Cleveland, B.-M. Emmet.

Expulsion spontanée d'un fibrome sous-muqueux, ayant amené une inversion partielle de l'utérus, par le Dr Mundé, président. Depuis quelques semaines la malade croyait avoir une chute de la matrice. En faisant un mouvement brusque, elle sentit quelque chose sortir de la vulve ; c'était une tumeur grosse comme les deux poings et pesant 2 livres. Mundé la détacha aussitôt avec les ongles, l'enleva et remplit la cavité avec de la gaze iodoformée. La malade se remit sans accident.

Traitement du prolapsus par l'opération d'Alexander, par le Dr Polk. L'auteur rejette toutes les opérations plastiques faites sur le vagin et la périnéorrhaphie, parce qu'elles ne rendent pas à l'utérus son support naturel et que les tissus finissent par s'allonger. « Le raccourcissement des ligaments ronds est la méthode la plus rationnelle de « traitement pour le prolapsus, puisqu'il replace l'utérus dans l'anté- « version, dans laquelle les forces abdominales naturelles, surtout la

« pression des intestins, peuvent agir sur lui et tendent à le maintenir « en bonne position. »

Le Dr PERRY, qui a vu opérer Polk, est frappé de l'utilité de cette méthode.

Le Dr B.-M. EMMET croit que, après la destruction du corps périnéal, et la chute de la paroi vaginale postérieure, l'utérus se rétroverse, puis tombe. Si les ligaments utérins sont intacts et si l'on refait le périnée en ayant la précaution de retrancher les tissus vaginaux superflus, l'utérus sera réduit. Il suffit de remettre le vagin dans son état antérieur; il n'est pas nécessaire de le rétrécir.

Séance du 20 avril 1886.

Dr LEE. **Utérus gravide, fibromes sous-péritonéaux; mort par septicémie à la suite d'une pyélonéphrite causée par une rétention d'urine due à une pression subie par le col de la vessie.** — La malade était enceinte de trois à cinq mois; de la paroi utérine antérieure sortaient trois tumeurs fibreuses du volume d'un citron. Cystite nécrotique; reins gros, mous, remplis d'abcès. Lee n'a pu réduire la rétroversion, ni dilater le col pour provoquer l'avortement.

Le Dr SKENE croit que Lee a bien fait d'attendre; un essai de provocation de l'avortement aurait hâté la mort de la malade.

Le Dr EMERSON croit que, comme dans le cas d'hypertrophie de la prostate, la vessie ne s'est pas totalement vidée, et que l'urine restante s'y est décomposée; l'obstacle se trouve au niveau du col, et non dans les uretères.

Le Dr HUNTER croit que la maladie des reins, plutôt que l'existence des fibromes, a été la cause de la mort. Il a relaté à la Société un cas de forceps, dans lequel existaient des fibromes plus gros que ceux présentés par Lee.

Discussion : FOWLER, WYLIE.

Dr MUNDÉ. **Double pyosalpinx, abcès d'un ovaire, laparotomie, drainage, guérison.** — L'auteur fit une incision juste assez large pour admettre deux doigts, et fit des irrigations très fréquentes.

Discussion : HUNTER, SKENE, WYLIE, GILLETTE, B. EMMET.

Indications du drainage après la laparotomie. — Le Dr HUNTER ouvre la discussion. Il draine lorsqu'il a rencontré des adhérences éten-

dues, qu'il y a eu une hémorrhagie abondante pendant l'opération, et lorsqu'un kyste rompu a laissé échapper son contenu dans l'abdomen ; et il n'a jamais regretté de l'avoir fait. Ses drains sont en corne, droits ou courbés, perforés ou non sur les côtés ; il a employé aussi le drain de caoutchouc dur de H.-M. Sims, qu'il trouve excellent. C'est un tube à double courant, perforé sur les côtés ; le tube d'introduction, non perforé, chemine dans le tube de sortie du liquide. Si la température reste basse, et si le liquide ressort clair pendant vingt-quatre heures, il enlève le drain.

Le Dr Wylie enlève ordinairement le premier drain au bout de vingt-quatre heures, et le remplace par un plus petit. La principale objection au drainage est le danger de la hernie ventrale.

Le Dr Lee croit que les tubes droits font plus de mal que de bien.

Le Dr B.-M. Emmet n'est pas un partisan bien chaud du drainage.

Le Dr Skene voit dans la présence dans l'abdomen d'un grand nombre de ligatures, une indication du drainage. Il se sert de drains assez longs pour atteindre le fond du cul-de-sac rétro-utérin.

Le Dr Coe a toujours vu à l'autopsie, le tube isolé par de la lymphe organisée.

Le Dr Mundé est partisan du drainage ; l'irrigation doit être réservée pour des cas particuliers.

Séance du 4 mai 1886.

Dr C. C. Lee. **Fibrome sous-muqueux sessile ; opération de Hégar, maladies des trompes et des ovaires.** — L'ergotine ne put amener l'énucléation de la tumeur, et Lee fit l'opération de Hégar. Elle est encore trop récente pour qu'on puisse juger de son résultat ; pour le moment l'opérée est bien.

Les Drs Wylie, Harrisson et Janvrin, croient que, dans quelques cas, la curette fait un bien momentané.

Discussion. — Polk, B. Mc Emmet, Hunter, Mundé. — Les membres présents parlent avec éloges de l'opération de Hégar.

Dr Hunter : **Petit kyste ovarique, hémorrhagie dans le kyste ; ovariotomie ; guérison.** — A l'examen, on trouva derrière l'utérus une petite tumeur fluctuante qu'on prit pour un pyosalpinx.

Le Dr Wylie croit que cette tumeur est un hématosalpinx, dont il possède plusieurs spécimens.

Le Dr Mundé dit que Kaltenbach est le premier qui ait décrit ces tumeurs ; il leur a donné le nom de *pachysalpingite.*

Discussion : Sims et Coe.

L'examen microscopique du liquide y a révélé la présence de globules sanguins, de cellules ovariques et des corpuscules de Gluge.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 4 mars 1886.

Dr H.-A. Kelly : **Epilepsie menstruelle.** — L'auteur enleva l'ovaire droit.

Hydrosalpinx avec malformation congénitale des trompes et des ligaments larges. — Kelly ne put enlever les ovaires.

Hématosalpinx de la trompe gauche, par Kelly.

Le Dr Baer regrette que Kelly n'ait pas enlevé les ovaires, qui pourront par la suite être la cause d'accidents.

Discussion : Goodell, J. Price, da Costa.

J. Price : **Pyosalpinx.** L'auteur parle des grands progrès faits dans la chirurgie abdominale, grâce aux travaux de Wells et de Tait.

Le Dr Ch.-H. Thomas présente **une pince à pansement**, qui peut servir pour appliquer des topiques dans l'utérus. C'est une large pince à courbure brusque au niveau des anneaux et dont les branches vont en s'amincissant vers les mors ; à ce niveau, elles n'ont plus que le calibre d'une sonde utérine.

Le Dr Parish présente une **tumeur ovarique** enlevée la veille.

Le Dr J. Price présente **une pince** destinée à fermer l'ouverture faite par le trocart dans l'ovariotomie. C'est une forte pince dont les mords, fortement recourbés en col de cygne, présentent des cannelures intérieures.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON.

Séance du 4 décembre 1885.

Dr Th.-C. Smith. **Vomissements graves de la grossesse.** — Smith essaya la poudre de réglisse composée (réglisse, séné, fenouil, soufre, sucre), l'oxalate de cérium, le colombo et la soude, l'ingluvine, le lait et l'eau de chaux, sans succès; puis les lavements alimentaires. Le col était congestionné, mais non ulcéré. L'utérus était peu déplacé.

Après six semaines de traitement, la malade étant arrivée à 3 mois environ de sa grossesse, Smith se décida à provoquer l'avortement. La malade se remit parfaitement.

L'auteur regarde le vomissement de la grossesse comme ayant un but conservateur, et il cite Smellie, Duncan, Bard, Bedford, Leisman (1), Dewees, Playfair, qui énoncent des idées analogues. Puis il cite les opinions diverses des auteurs sur les causes du vomissement gravidique et sur son traitement. Il omet la dilatation digitale du col, indiquée par Coperman, et la cautérisation du col avec le nitrate d'argent.

Le Dr Busey en fait la remarque, et cite des cas où le vomissement a été arrêté par l'influence morale du médecin et la crainte des remèdes. Busey fait observer que Smith aurait dû essayer le redressement de l'utérus, quoiqu'il fût peu accusé, car la théorie d'Hewilt renferme plus de vérité qu'on ne le croit en général.

Le Dr Cuts parle des cas où le vomissement semble causé par l'induration et l'épaississement du col.

Le Dr Tyler croit que Smith aurait pu essayer du traitement local du gosier, sa malade étant phthisique. Chacun sait qu'on peut produire le vomissement en chatouillant le pharynx.

Les Drs Mac Ardle, Fry, King, prennent part à la discussion,

(1) C'est aussi l'opinion de R. et F. Barnes. (*Obstétrique*, trad. fr., p. 184.) (A. C.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BALTIMORE.

Séance du 9 février 1886.

Tumeur fibro-cystique de l'utérus, laparotomie, amputation sus-vaginale de l'utérus, par le Dr A. F. Erich. — Mme N..., âgée de 40 ans, a remarqué, il y a cinq ans, une tumeur dure dans le bas-ventre; son volume a varié. Pertes sanguines irrégulières, parfois douleurs semblables à celles de l'accouchement. La malade n'a eu ni enfant, ni fausse couche. L'utérus a 125 millimètres. Ponction capillaire aspiratrice, le microscope ne découvre rien de net.

Après un traitement fortifiant pour la préparer, Erich l'opéra le 1er février avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Le Dr N. G .. Keirle a trouvé dans la tumeur le tissu du sarcome à cellules fusiformes. La malade mourut d'asthme cardiaque.

Les Drs Chunn, Ashby, H. D. C., Wilson, Moseley, P. C., Williams prennent part à la discussion.

Le Dr R. T. Wilson présente les *aiguilles de platine iridié*, imaginées par D. Genese, dentiste (D. D. S.); elles sont durcies par une forte pression.

Le Dr Moseley fait remarquer qu'elles sont beaucoup trop faibles et trop fragiles.

Le Dr Erich insensibilise le col, pour le suturer, au moyen d'un tourniquet de son invention.

Séance du 9 mars 1886.

Dr Mundé, de New-York. **L'ovariotomie pendant une péritonite aiguë ou chronique.** — Sur 5 ovariotomies faites dans ces circonstances, une seule guérit.

Keith, Freund, Veit, Tait et bien d'autres ont obtenu de fort beaux résultats.

Mundé fait un court historique de ces 5 cas :

Dans le premier, il estime que l'ovariotomie, faite plus tôt, aurait pu sauver la malade. Le liquide avait la couleur chocolat.

Cas 2. Tumeur pesant 35 livres, liquide colloïde.

Cas 3. Opération faite à contre-cœur, sur la demande instante de la malade, qui succomba pendant le placement des sutures.

Cas 4. Kyste colloïde rompu, probablement pendant une chute. Mort quelques heures après l'opération.

Cas 5. Tumeur de l'ovaire gauche, quelques petits abcès. Drainage. Mort le quatrième jour.

Le Dr H.-P.-C. Wilson croit que l'incision abdominale, dans la péritonite généralisée, n'est pas aussi dangereuse qu'on le croit.

Discussion : A. Asbby, B.-B. Browne, Chunn, Meley (1).

Dr F. Chatard junior. **Issue des membranes fœtales à 7 mois; retrait de l'utérus.** — Lorsque Chatard la vit, la malade présentait, hors de la vulve, une tumeur fluctuante, grosse comme un petit œuf de poule; le col utérin était large comme une pièce de 5 francs. Mme B... n'avait pas de douleurs. Le quatrième jour, le col était refermé. La malade accoucha le 11 avril; la poche des eaux se forma normalement. L'extensibilité des membranes est bien connue, mais leur rétraction est rare, et l'auteur ne connaît pas de cas semblable au sien.

Le Dr Asbhy raconte un cas, rapporté par H.-T. Byford (*Soc. gyn. de Chicago*, 15 janvier 1886) : le cordon procida, le liquide s'étant écoulé. La malade n'accoucha que trois mois après (2).

Le Dr Neale croit que l'existence de fibres musculaires dans les membranes suffit pour expliquer leur rétractibilité; cette explication a été donnée par des autorités telles que Tarnier, Chantreuil et Charpentier.

A une question posée par Neale, Mundé répond qu'il ne partage pas l'opinion de Byford, qui laisse les membranes sans les rompre, pensant qu'elles servent à dilater le vagin, le périnée et la vulve. L'avantage ainsi obtenu est plus que contrebalancé par le retard apporté à l'accouchement.

Le Dr Neale présente le **craniotracteur de Mundé**; c'est une modification du cranioclaste de Braun.

Le Dr W.-P. Chunn lit un mémoire intitulé : **Un cas d'ovariotomie avec amputation sus-vaginale de l'utérus**, dont la discussion est remise à la prochaine séance.

---

(1) Je regrette vivement que le manque de place me force à écourter le résumé de l'important mémoire de Mundé. (A. C.)

(2) V. *Annales de gynéc.*, juin 1856, p. 469. (A. C.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Séance du 19 février 1886.

La laparotomie pour les abcès pelviens, par le Dr A. REEVES-JACKSON. — L'auteur, croyant avoir reconnu la présence de pus derrière l'utérus, fit une ponction vaginale de 2 pouces de profondeur, et n'obtint que quelques gouttes de sang. La malade fut cependant soulagée. Cinq semaines plus tard, le 20 avril, la malade étant beaucoup plus mal, Jackson fit une incision de 3 pouces de largeur, partant du pénil, sur la ligne médiane, et tomba dans une cavité pleine de pus dans laquelle il fit des irrigations et laissa un tube à drainage. L'opérée se remit parfaitement. L'auteur a reçu une lettre de Lawson Tait, ainsi conçue : « J'ai fait 32 opérations pour des abcès pelviens; elles ont toutes réussi. »

Le Dr CHRISTIAN FENGER parle de la classification des abcès pelviens et des microbes qu'on y rencontre presque toujours : le *staphylococcus aureus* et *albus*, le *streptococcus pyogène;* il fait une revue bibliographique très complète de la question.

Le Dr W.-W. JAGGARD lit une lettre de Mundé, qui n'a pas encore trouvé de cas où l'ouverture du péritoine fût nécessitée par un abcès pelvien.

Le Dr H.-T. BYFORD fait remarquer que l'engouement actuel des gynécologistes pour la laparotomie est semblable à celui qu'on a eu pour les incisions, puis pour la suture du col.

Le Dr EDMOND ANDREWS croit qu'on doit attendre d'être assuré qu'il existe une assez grande quantité de pus amassé pour exposer la malade aux dangers de la laparotomie; et il cite un cas d'abcès pelvien dans lequel, faisant l'autopsie de la malade, il se demandait comment, par la laparotomie, il aurait pu atteindre le pus.

Le Dr F.-E. WAXHAM présente un biberon destiné aux enfants qui ont subi l'intubation du larynx.

(*Résumé*, d'après l'*Amer. Journ. of Obst.*, 1886, page 600, par A. CORDES.)

---

(1) Voy. *Annales de gynéc.*, juin 1886, p. 470. (A. C.)

REVUE DES JOURNAUX

On dysmenorrhæa (Sur la dysménorrhée), par Bell. — La dysménorrhée est, dans la très grande majorité des cas, la conséquence de l'endométrite. La théorie de l'obstruction n'est juste que pour un très petit nombre de faits. Il faut tenir compte, dans la production de ce syndrome clinique, d'une propriété qu'ont les tissus atteints dans leur vitalité lorsqu'ils sont mis en contact avec le sang. Ils agissent comme corps étrangers et, sous cette influence, le sang se divise en deux portions, le *sérum* et la *fibrine*, d'où *formation de caillots*. Or, la couche de revêtement de la cavité utérine n'est pas, à proprement parler, une muqueuse. Elle a une vitalité moindre. Elle se rapproche davantage de la membrane granuleuse d'une plaie en processus de cicatrisation. L'épithélium n'est pas un de ses éléments constitutifs essentiels. Il s'y développe comme sur une plaie superficielle, et les glandes utriculaires utérines président à sa formation comme les glandes cutanées pour l'épithélium qui finit par recouvrir cette dernière. Chaque glande est l'origine d'un îlot épithélial, d'abord indépendant, puis les îlots se réunissent. Dans les deux cas, l'épithélium n'apparaît que si la surface est régulière. On n'en a jamais vu sur les bourgeons exubérants. Il fait également défaut au niveau de la membrane de revêtement de la cavité utérine, lorsque cette membrane est devenue le siège de fongosités ; de là, *la tendance aux hémorrhagies et la production de caillots.*

Donc, vitalité relativement faible de la membrane de revêtement, et propriété qu'elle possède, lorsqu'elle est altérée, de favoriser la coagulation du sang.

L'écoulement menstruel est une crise salutaire destinée à faire cesser la congestion utérine qui accompagne le travail de l'ovulation. Quand l'écoulement sanguin a lieu normalement, quand rien ne s'oppose au retour à l'équilibre vasculaire pelvien, tout rentre dans l'ordre. Mais qu'une circonstance fâcheuse empêche cette perte de se faire librement, qu'une condition quelconque (faiblesse générale de l'organisme, diminution de l'action du cœur, constipation habituelle) entretienne l'état congestif, et à la prochaine ovulation la congestion sera

plus forte, elle pourra même devenir le point de départ d'un processus inflammatoire qui variera en intensité. De là des exsudations, soit de sérosité pure, soit de lymphe plastique, exsudations qui, suivant les cas, procurent tantôt un état de flaccidité, d'atonie, tantôt un état de rigidité, d'hyperesthésie plus ou moins marquée des parois utérines, hyperesthésie due aux modifications et aux compressions subies par les extrémités nerveuses dans des tissus hyperplasiés. Les altérations de la membrane de revêtement, aussi bien que les phénomènes inflammatoires, favoriseront la coagulation du sang menstruel.

Or, les caillots ne pourront être expulsés qu'au prix de contractions utérines et celles-ci seront d'autant plus douloureuses que l'hyperesthésie de la matrice, connexe de la phlegmasie, sera plus prononcée.

En résumé, la dysménorrhée paraît être, dans l'immense majorité des cas, sous la dépendance d'une hyperesthésie des parois utérines, causée par une phlegmasie de l'organe. Les raisons suivantes militent en faveur de cette hypothèse : 1° *un utérus congestionné le devient davantage à chaque menstruation ;* 2° *les contractions de ses parois sont douloureuses, en raison même de leur congestion ;* 3° *les tissus enflammés, en contact avec le sang, jouent le rôle d'un corps étranger, décomposent le sang en sérum et en fibrine, et favorisent la coagulation. Les caillots ne peuvent être expulsés que par les contractions de la matrice.*

Outre ces conditions pathogéniques, qui sont de beaucoup les plus communes, il y a encore quelques circonstances qui peuvent produire la dysménorrhée ; ainsi *l'allongement hypertrophique du col.* L'influence de cette condition anatomique est tellement réelle que si l'on arrive, grâce à un traitement bien conduit, à faire cesser les accidents dysménorrhéiques, l'amélioration n'est que momentanée. L'affection reparaît et récidive tant qu'on n'a pas excisé les tissus en excès. De plus, l'opération suffit par elle-même, dans certains cas, pour faire cesser tous les accidents. (*British gynecol. Journ.*, avril 1885.)

Mécanisme et prophylaxie des déchirures du périnée pendant le travail (The production and prevention of perineal dilacerations during labor), par H.-T. Byford. — Sous l'influence de la grossesse, les parties constituantes du périnée subissent une série de modifica-

tions. Il y a hypertrophie des fibres musculaires, épaississement des fascias et prolifération des éléments connectifs. Ces modifications sont assez marquées pour que la muqueuse vaginale s'extériorise en partie, comme le fait la muqueuse du col à la suite d'un état congestif ou phlegmasique prolongé des ligaments larges.

Au point de vue obstétrical, le périnée peut être divisé en deux portions : l'une (*a*) *vulvaire*, ou externe ; l'autre (*b*) *vaginale*, ou interne.

(*a*) *Limites de la première :* en haut ou en avant, les grandes lèvres et le vestibule ; en bas ou en dehors, la surface cutanée qui s'étend entre les cuisses ; en arrière ou en dedans, le bord antérieur des muscles du périnée. Elle est formée par la peau, la muqueuse, un tissu cellulaire intermédiaire où il y a de la graisse, des vaisseaux, etc.

(*b*) Quant à la seconde, elle est représentée par l'ensemble des autres tissus, qui contribuent à former ce que l'on désigne d'ordinaire sous le nom de périnée. Il entre dans sa composition des fascias, des muscles, des ligaments, etc.

Il est facile, par le toucher, de constater que la partie inférieure du conduit génital présente deux anneaux ; l'un, *vulvaire*, élastique, ovalaire, est formé par le bord des grandes lèvres, la fourchette, et passe au-dessus du clitoris. L'autre, interne, *vaginal*, correspond aux bords des petites lèvres, à la partie antérieure des muscles externes du périnée, au fascia, au clitoris, et donne au doigt la sensation d'une ficelle de fouet.

Les deux anneaux, très rapprochés en haut, sont séparés en bas par toute l'étendue des tissus compris entre le bord antérieur des muscles du périnée et le bord antérieur de la fourchette ; cette région, presque membraneuse, est absolument dépourvue d'éléments musculaires et aponévrotiques.

Quand le périnée est fortement distendu, l'intervalle qui sépare en bas les deux circonférences s'exagère et il faut noter que *l'anneau externe reste constamment plus petit que l'interne.*

Lésions du périnée. — Pour bien comprendre leur production, il faut étudier le mouvement de progression de la tête fœtale arrivée sur le plancher pelvien. Si, à cette période, la marche du travail est lente, le liquide amniotique, pressant sur le menton, détermine l'extension de la tête avant que la force expulsive ait fait suffisamment progressé l'occiput, ce qui cause une distension considérable du périnée. Si cependant l'orifice du conduit génital est suffisamment

relâché ou dilaté, le dégagement de la tête peut être aisé. Dans le cas contraire, la tête fœtale distend le périnée (de 103 à 128 millimètres), repousse la fourchette en haut au lieu de l'abaisser et chasse devant elle les deux anneaux au lieu de les dilater et de les traverser. Elle se coiffe du périnée, fortement aplati, et dont les fibres musculaires sont dissociées et les fascias très tiraillés. Néanmoins, si les tissus sont bien résistants, bien élastiques, ils pourront, à la longue, repousser l'occiput en haut et ramener l'orifice vulvaire sur la tête fœtale. Malheureusement, il peut se faire aussi que la force expulsive soit annulée par la résistance réactionnelle et presque directement contraire, développée au centre du périnée, et que, par suite d'un défaut de rétractilité des tissus, la tête reste stationnaire sur le plancher pelvien. Alors, comme le dit Barnes, « *la circulation est gênée, et, après un certain temps, les tissus, à moitié nécrosés, deviennent mous comme du papier buvard et cèdent sous le moindre effort.* » La circonstance la plus importante, en pareil cas, c'est l'absence de toute force directrice qui oriente la tête vers l'orifice de sortie du conduit génital.

Presque toutes les déchirures périnéales peuvent être groupées sous trois chefs principaux, suivant qu'elles intéressent le périnée externe ou *vulvaire*, le périnée interne ou *vaginal*, ou qu'il y ait combinaison des deux variétés.

1° *Déchirures du périnée vulvaire.* — Après la délivrance, elles sont représentées par deux surfaces triangulaires, à base commune située sur la ligne médiane, et dont les sommets sont les angles déchirés de la fourchette. Elles peuvent se compliquer d'une déchirure transversale, en avant de l'orifice vaginal. Elles se produisent lorsque le périnée étant distendu de 103 à 130 millimètres environ, et l'anneau vaginal étant beaucoup plus dilaté que l'anneau vulvaire, la tête s'engage brusquement à travers ce dernier et le rompt, parce qu'il est insuffisamment dilaté. La meilleure façon de les prévenir consiste à dilater l'orifice vulvaire jusqu'à ce que son bord inférieur corresponde au bord inférieur de l'anneau vaginal, et à le maintenir à ce niveau.

2° *Déchirures du périnée vaginal.* — Elles peuvent intéresser, soit isolément, soit à la fois, la muqueuse et les tissus sous-muqueux. Tantôt elles sont dues à une progression trop rapide de la tête fœtale, incompatible avec l'assouplissement normal des tissus ; tantôt elles sont causées par l'absence de toute force directrice capable de diriger

la tête vers l'orifice vulvaire. En certains cas, ce sont les tissus des régions postérieures qui éclatent sans qu'il survienne la moindre lésion des muscles qui avoisinent l'orifice vaginal. Parfois, il se fait des lacérations étendues aux dépens des muscles et des aponévroses, les surfaces vaginale et cutanée restant indemnes. Ces lésions, internes pour ainsi dire, se révèlent par un état spécial de dilatation et de ramollissement de la région, qui persiste alors qu'on serait en droit de s'attendre à un retour à la tonicité normale. Etat comparable à celui de l'anus lorsqu'il a été soumis à une dilatation brusque, à la suite de laquelle le sphincter ne recouvre jamais sa tonicité. Ces lacérations peuvent siéger en arrière et déterminer de l'incontinence des matières fécales, etc.

Moyens prophylactiques. — Il faut régler la progression de la tête fœtale et ne la laisser avancer que lentement, tout en dirigeant l'occiput en haut, vers l'arcade pubienne. Le meilleur moyen d'assurer la bonne direction de la tête fœtale est de dilater les anneaux, vulvaire et vaginal, pour que l'occiput puisse s'y engager avant que le front ait dépassé le périnée aponévrotique, ligamenteux. Les bords inférieurs de ces anneaux deviennent alors un bon moyen de direction ; ils relèvent l'occiput du côté de la symphyse pubienne. Leur abaissement a, de plus, pour effet de condenser les tissus en une masse solide, de les mettre en état de résister sans aucun risque aux forces expulsives ordinaires.

On ne saurait trop condamner la pratique des *injections chaudes* employées comme moyen propre à relâcher le périnée. Elles ne peuvent que diminuer l'humidité naturelle des parties, augmenter les frottements, etc., et aggraver la situation.

Déchirures qui intéressent en même temps les parties vulvaires et vaginales. — La plus simple est celle qui comprend les fibres musculaires superficielles et la fourchette (dégagement trop rapide de la tête fœtale, dans les cas d'application de forceps, par exemple). Elles peuvent se prolonger au-dessous, ou à travers le sphincter anal. Tantôt la lésion commence dans le vagin, au-dessous de l'orifice vaginal. puis s'étend jusqu'aux parties externes par le passage de la tête ou des épaules, etc., etc.

Moyens prophylactiques. — Ils sont basés sur les deux principes suivants :

1° Rendre le mouvement de progression de la tête fœtale assez

lent pour permettre aux tissus de se dilater autant qu'ils le peuvent sans se rompre.

2° Chercher à obtenir une dilatation suffisante des anneaux vulvaire et vaginal, et faire que leurs centres correspondent de bonne heure à l'axe du conduit génital, pour que la tête, dès qu'elle n'est plus soumise à l'action directrice de l'utérus et du bassin, trouve dans les anneaux vulvaire et vaginal une force directrice nouvelle.

Pour ralentir le mouvement de progression de la tête fœtale, il faut se rappeler que : 1° *l'action utérine augmente à mesure que le travail avance, plutôt parce que les contractions sont plus prolongées et plus fréquentes que parce qu'elles sont plus fortes* (Schatz); 2° *Quand la tête est coiffée par le périnée membraneux, les contractions utérines n'agissent presque plus sur son mouvement de progression ; la pression abdominale et les efforts de la parturiente deviennent la principale force expulsive* (Schröder).

Peut-être le meilleur moyen d'obtenir une progression lente de la tête fœtale serait-il de chercher à maintenir la poche des eaux *intacte* aussi longtemps que possible. On peut y parvenir en tenant la parturiente tranquille, en lui déconseillant les efforts d'expulsion, en ne pratiquant que rarement le toucher durant les intervalles des douleurs et jamais pendant les contractions. La poche des eaux peut même servir à la dilatation præ-fœtale de la vulve. En effet, si elle est intacte, les anneaux vulvaire et vaginal sont mieux préparés pour le dégagement de la tête lorsque le front est encore sur le sacrum, qu'ils ne le sont quand le front a dépassé le coccyx, si la rupture des membranes s'est produite à la fin de la première période du travail. (*Journ. of the Americ. med. Association*, mars 1886.)

Dysménorrhée et stérilité compliquées de prolapsus d'un ovaire (Dysmenorrhea and sterility with prolapsep cirrhotic ovary), par R. Smith. — M^me W...; âgée de 36 ans, mariée depuis six ans. Pas d'enfants, pas de fausses couches. Menstruation irrégulière. Elle se plaint d'être prise, deux jours avant les règles, de douleurs très vives, siégeant surtout dans l'hypogastre et dans la hanche gauche. Elles persistent, mais moins violentes, durant les règles ; elles sont atténuées par l'expulsion de petits caillots. A chaque menstruation, le repos devient nécessaire.

A l'examen, on trouve l'ovaire gauche prolabé, extrêmement sensible, accolé à l'utérus, et vraisemblablement cirrhotique. L'utérus est dur, de forme normale, et présente une sténose légère de l'orifice interne. Santé générale assez bonne, mais les crises dysménorrhéiques ont obligé la malade à entrer trois fois à l'hôpital, où on la soumet aux différentes méthodes de traitement, employées d'habitude contre les affections des ovaires et de l'utérus. Pas de résultat définitif.

Consultation est prise. On émet l'idée de pratiquer l'oophorectomie. Mais le Dr Smith donne la préférence à une autre opération. Avec un bistouri droit, solide, à pointe mousse, il incise bilatéralement les orifices interne et externe du col. Or, dix jours après, les règles se montrent plus abondantes, beaucoup moins douloureuses. Pas de douleurs dans l'hypogastre.

Deux mois plus tard, cette femme devient enceinte ; elle mène la grossesse à terme et met au monde un enfant qu'elle nourrit. Huit semaines après l'accouchement, elle déclare qu'elle est absolument débarrassée des douleurs qu'elle ressentait avant l'opération.

Ce cas, dit le Dr Smith, prouve une fois de plus quelle circonspection il faut avoir, toutes les fois que l'on serait tenté d'intervenir par la section abdominale ou vaginale pour des douleurs que l'on suppose être d'origine ovarique. Il faut, avant de se résoudre à des opérations aussi graves, songer à toutes les affections utérines de nature à provoquer de pareilles souffrances et les traiter. D'autant plus qu'il est parfois fort difficile d'affirmer si tels phénomènes mordides doivent être rapportés à l'ovaire ou à l'utérus. Que l'on se place à un point de vue moral, social ou physiologique, rien, sauf une nécessité absolue, ne peut autoriser une opération qui enlève toute chance de maternité. De plus, l'observation précédente témoigne encore qu'il ne faut accepter qu'avec réserve la doctrine d'après laquelle on devrait enlever les deux ovaires toutes les fois que l'oophorectomie est décidée, sous prétexte que ce serait le moyen le plus efficace contre les douleurs d'origine ovarique. (*The British gynecol. Journal*, avril 1885.)

Etiologie de l'hématome du vagin survenant pendant le travail, par M. le Dr J.-H. Croom. — Les tumeurs sanguines, thrombus et hématomes de la vulve et du vagin, survenant avant, pendant et après le travail, sont des complications rares. On désigne sous cette éti-

quette les collections sanguines ayant leur siège dans le tissu sous-muqueux et connectif. On les rencontre au col, en n'importe quel point du vagin, dans les grandes lèvres, dans le tissu péri-utérin.

Ces sortes d'accidents ont été soigneusement étudiés quant à leur marche, leur terminaison et le traitement qui leur convient (Deneux, Laborie, Cazeaux, Hervieux, Huhenberger, Barnes, etc., etc.). L'auteur désire exclusivement s'occuper des hématomes du vagin, apparaissant durant et après le travail, et ayant pour siège habituel la paroi vaginale postérieure. Il a observé trois faits de ce genre; les voici brièvement résumés :

Obs. I. — M..., *multipare*, en travail de son sixième enfant. Poche des eaux rompue depuis douze heures; la tête fœtale *ne progresse pas en dépit de contractions énergiques*. Elle est au détroit supérieur et mobile. Orifice complètement dilaté. La cause qui annule l'effet des contractions utérines est évidente; elle réside dans un *état d'antéversion*, très marqué de la matrice, favorisée par la laxité des parois abdominales. Le fond de la matrice est sur un même plan que le col ; par suite, l'effort expulsif porte à faux et reste sans effet. On fait appliquer un bandage étroitement serré dans le but de corriger la déviation de la matrice, et l'on administre une *forte dose d'ergot* (1). Deux heures après, l'enfant était expulsé.

Le jour suivant, la femme se plaignait de douleurs expulsives violentes. Le périnée était fortement distendu, il y avait à la vulve une masse noirâtre volumineuse. Sous l'influence des efforts expulsifs, la masse creva et donna issue à une grande quantité de sang veineux et de caillots. Pendant quinze jours l'écoulement persista et fut très abondant. *A la fin de la troisième semaine la tumeur avait complètement disparu.*

Obs. II. — X..., *multipare*, en travail de son quatrième enfant. Le travail dure depuis dix heures, la poche des eaux est rompue depuis six. Le travail ne fait pas de progrès. Les contractions sont fortes,

---

(1) L'application du bandage est évidemment rationnelle. Mais que penser de l'administration d'*une forte dose d'ergot?* Quelques lignes plus haut l'auteur dit que les contractions étaient *énergiques*. Sans doute, l'événement a paru justifier l'intervention. Qu'elle diffère cependant de la règle, si sage, suivie en France par la majorité des accoucheurs : *pas d'ergot, tant qu'il y a quelque chose dans la matrice.* R. L.

violentes. La tête est au détroit supérieur, mais non engagée. *L'utérus est en antéversion très marquée.*

La parturiente, femme fortement constituée, présente le type de ventre en besace, *venter propendulus*. La prolongation du travail est évidemment la conséquence de la direction défectueuse de l'effort expulsif. La femme est placée dans le décubitus dorsal et on applique un bandage.

Quinze ou vingt minutes après, l'exploration vaginale révèle l'existence, au fond du vagin, dans le cul-de-sac postérieur, d'une tumeur très distincte. Comme la tête est toujours au détroit supérieur mobile, on fait la version. L'extraction de la tête s'accompagne de quelque difficulté. Les dernières douleurs amènent l'expulsion du placenta et des membranes *en masse*.

Néanmoins, la femme continue à se plaindre, elle ressent de grandes douleurs et est tourmentée par des efforts expulsifs, et, bien que l'hémorrhagie soit très ordinaire, elle est presque dans le collapsus. Examen : il révèle l'existence d'une tumeur qui fait fortement saillir la paroi vaginale postérieure. Elle affecte une forme conique, la base est à la vulve, le sommet près du col. Nuit agitée. Douleurs pelviennes, efforts expulsifs violents, rétention d'urine. Le lendemain, le vagin était absolument obstrué ; il était impossible d'arriver sur le col. La forme conique de la tumeur et ses connections intimes avec la muqueuse, sa consistance, firent porter le diagnostic d'hématome. Traitement : repos et opium. Le lendemain, les douleurs avaient cessé. Il ne se produisit pas de déchirures de la tumeur. Quatre ou cinq semaines plus tard, la femme était bien : toute trace d'hématome avait disparu.

Obs. III. — *Multipare*. En travail de son cinquième enfant. *Antéversion de la matrice.* Tête retenue au détroit supérieur. Application de forceps. L'introduction des branches de l'instrument avait été rendue difficile par l'existence d'une tumeur dans le cul-de-sac postérieur. Le troisième jour la tumeur avait pris de telles proportions qu'elle obturait assez le vagin pour qu'il fût impossible d'arriver sur le col. Périnée proéminent ; au niveau de la ligne de réunion de la peau du périnée et de la muqueuse du vagin, une déchirure. Elle était assez large pour permettre l'introduction de deux doigts qui arrivaient sur un amas de tissu cellulaire et de caillots. Diagnostic : *hématome*. Traitement : *lavages antiseptiques* de la poche. Quelques

semaines après la femme était parfaitement guérie sans avoir présenté aucun phénomène inquiétant.

L'extrême rareté de ces sortes d'accidents est bien mise en relief par quelques statistiques. Hugenberger l'a observé 11 fois sur 14,000 accouchements. Deneux, 3 fois en 40 ans. Paul Dubois, 1 fois sur 14,000 accouchements. A la Maternité de Vienne, 18 fois sur 33,241. Quant au pronostic, on le faisait, jadis, très grave. Deneux, sur 60 cas, avait relevé 11 cas de morts. Et comme il s'était, le premier, occupé de la question, les chiffres qu'il avait fournis avaient dû, sans doute, causer une impression défavorable. Aujourd'hui, elle est en partie dissipée. Sur 50 cas réunis par Winckel, il n'y a eu que 5 morts. Evidemment, la gravité des hématomes doit être en rapport avec leur étendue, leur siège, etc. Tant qu'ils demeuront confinés à la vulve ; au vagin, qu'ils ne se développent pas dans le tissu péri-utérin ou qu'ils ne l'envahissent pas, ils entraînent certainement moins de dangers qu'on ne le supposait autrefois.

Mais l'auteur a eu surtout en vue d'étudier la pathogénie, tout au moins *un* des facteurs pathogéniques de ces hématomes du vagin. Or, chez les trois femmes qu'il a observées, on retrouve les conditions suivantes : 1° *multiparité ;* 2° *travail retardé ;* 3° *retards attribuables à la direction défectueuse de l'effort expulsif ;* 4° *tête au détroit supérieur.*

Les recherches de Hart ont démontré que, durant la gestation, la paroi postérieure du vagin est amincie dans sa partie supérieure. Or, l'antéversion de la matrice exerce une traction anormale sur cette paroi postérieure. De plus, la contraction utérine, l'utérus prenant point d'appui sur la symphyse pubienne qui est fixe, exagère cette traction et par suite augmente l'amincissement de la paroi postérieure. Au niveau de cette paroi postérieure rampent des vaisseaux veineux, devenus, la plupart du temps, variqueux, dont les parois sont amincies et qui sont nécessairement tiraillées, surtout au moment des contractions utérines. Pendant le travail, nombre plus ou moins considérable de ces vaisseaux sont rompus. Mais la tension à laquelle les tissus sont soumis prévient l'hémorrhagie Au contraire, lorsque l'antéversion est corrigée, la tension primitive disparaît, et le sang s'épanche peu à peu dans le tissu connectif. En résumé, *les ruptures vasculaires se produisent sous l'influence du travail, tandis que l'hémorrhagie ne se fait qu'après réduction de la déviation de la matrice.* (*Edinb. med. Journ.*, mai 1886, page 1001 et seq.)

Note sur un cas de rétention d'urine d'origine peu commune, par J. H. Croom. — On lui amène, un jour, une jeune femme qui éprouve un grand malaise, causé, dit-elle, par une tumeur qu'elle a au ventre. A l'examen, il constate en effet la présence d'une tumeur tendue, rénitente, qui remonte jusqu'à l'ombilic. La malade lui dit qu'elle vient d'uriner et qu'elle est constamment tourmentée par le même besoin. Avant de procéder à tout autre examen, et conformément à la conduite indiquée dans tous les cas de tumeurs abdominales, il introduit un cathéter dans la vessie, ce qui amène une évacuation abondante d'urine. Il apprend ensuite que la malade s'est mariée deux jours avant, que depuis la nuit de son mariage elle n'a cessé de se plaindre, et qu'elle n'a expulsé de l'urine que par petites quantités. Par l'examen vaginal, il constate que l'hymen est tuméfié, flasque, déchiré en son centre et que la muqueuse qui recouvre la paroi postérieure du vagin est lésée sur une étendue de 26 millimètres environ. Le premier coït a été douloureux et suivi d'hémorrhagie. C'est depuis lors que la femme a commencé à souffrir. Le lendemain matin, le mari et la femme, convaincus que ces malaises étaient la conséquence inévitable des premiers rapprochements, se livrent de nouveau au coït. Depuis, abstention de nouveaux rapports.

Ce cas méritait d'être publié, à cause de son extrême rareté. Parce qu'aussi les lacérations considérables de l'hymen et des parois vaginales produites par un coït violent ne s'accompagnent pas souvent de rétention d'urine. La complication actuelle doit être rangée parmi les phénomènes d'origine réflexe. Elle est l'analogue des rétentions d'urines amenées par une déchirure du périnée, etc.

Conformément aux remarques faites par Winckel, C... pense que le cathétérisme devient d'autant plus nécessaire, durant les suites de couches, que les déchirures périnéales sont plus fréquentes. Il croit, en outre, qu'il existe pareil rapport entre la nécessité du cathétérisme et les lésions de l'hymen.

La rétention d'urine n'est pas, dans ces cas, volontaire; recherchée pour ainsi dire par la patiente dans le but d'éviter le contact de l'urine avec des parties mises à vif et douloureuses. Elle est d'origine réflexe. (*Edinb. med. Journ.*, 1886, p. 734 et seq.)

Dr R. Labusquière.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Lo speculum delle partorienti. — Dr C. MINATI.

Extra-uterine pregnaney changed to intra-uterine par means of faradization. — Dr H.-J. GUARRIGUES.

Dystocie pratique. — Dr G.-A. DELATTRE.

El examen del peso de los niños. — Dr J.-V. CARRERAS.

Eierstock (L'ovaire). — A. MARTIN (Berlin).

Erkenntniss und behandlung der Frauenkrankheiten in Allgemeinen. — C.-T. LITZMANN.

Zur pathologie der Eileiter. — A. MARTIN.

Traité des maladies des ovaires, par LAWSON TAIT. Traduit de l'anglais par le Dr Adolphe OLIVIER. — Prix : 12 fr. (O. Doin.)

Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine, par le Dr Ch. MAYGRIER, accoucheur des hôpitaux. — Prix : 4 fr. (O. Doin.)

De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia, par le Dr AUVARD. — Prix : 4 fr. (O. Doin.)

Des attentats à la pudeur sur les petites filles, par le Dr Paul BERNARD. — Prix : 4 fr. (O. Doin.)

De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, par le Dr A. GERBAUD.

Manuel de gynécologie, par B. BART et F. BARBOUR. Traduit par le Dr E. CROUZAT.

Du traitement chirurgical des myômes utérins, par A. VAUTRIN.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR UNE MANŒUVRE DESTINÉE A FAVORISER L'EXTRACTION DU TRONC DU FŒTUS DANS LA BASIOTRIPSIE.

Par le Dr A. Ribemont-Dessaignes,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Accoucheur de l'hôpital Beaujon.

L'objet de cette courte note est d'appeler l'attention des accoucheurs sur une petite manœuvre qui m'a rendu les plus grands services en me permettant d'extraire avec facilité le tronc du fœtus après la sortie de la tête, réduite à l'aide du basiotribe.

Qu'il me soit permis de rappeler brièvement à quelle occasion j'eus, pour la première fois, recours à elle.

Mon cher collègue et ami, M. le Dr Pinard poursuivait en 1884 une série de recherches expérimentales (1) sur le mode

(1) *Annales de gynécologie*, novembre, décembre 1884 et janvier 1885.

d'action du basiotribe, que notre excellent maître, M. le professeur Tarnier, venait de faire connaître (1).

Il m'avait fait l'honneur, ainsi qu'à mes collègues Maygrier, Bar, Champetier de Ribes, de m'inviter à assister à ses expériences, et même à y prendre part.

Après avoir vu faire passer un fœtus de 3,720 grammes à travers un bassin de 6 centim., et un de 3,020 grammes à travers un bassin mesurant 7 centim. de diamètre promonto-pubien minimum, j'invitai le Dr Pinard à porter à son degré extrême le rétrécissement du mannequin dont il se servait. Le rétrécissement fut porté à 4 centimètres. Si nous ne doutions guère de la possibilité de réduire assez la tête du fœtus pour rendre son passage possible à travers cette étroite filière, nous n'étions pas sans inquiétude sur les difficultés qu'offrirait l'engagement des épaules. M. Pinard me pria d'opérer.

Deux broiements successifs réduisirent la tête d'un fœtus de petit volume au point de rendre facile son passage à travers le bassin, mais les tractions les plus énergiques ne purent engager complètement les épaules. La plupart des assistants qui avaient, dès le début de l'opération, formulé quelques réserves sur son succès final, pensèrent un instant avoir eu raison de le faire. Me souvenant alors de la facilité avec laquelle s'engage le tronc d'un fœtus qui a subi l'embryotomie rachidienne, lorsqu'on exerce des tractions sur un de ses membres supérieurs, j'eus l'idée, dussé-je pour cela fracturer l'humérus, d'abaisser un des membres supérieurs, pensant que l'engagement successif des épaules serait possible, alors que leur engagement simultané rencontrait des difficultés paraissant insurmontables. Je portai alors l'index droit jusque dans le creux axillaire gauche, puis j'exerçai une traction soutenue afin d'abaisser le bras. Cette manœuvre réussit parfaitement. Je la répétai pour l'autre épaule et bientôt les tractions exercées à la fois sur le basiotribe et sur les deux membres supérieurs entraînaient le reste du tronc.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 11 décembre 1883.

Voici, au reste, la relation de l'expérience, rapportée par M. Pinard en ces termes :

Expérience III.

Mannequin de Budin et Pinard; diamètre promonto-pubien minimum de 4 centimètres; fœtus pesant 1,870 grammes; face placée en M. I. D. T.

Le Dr Ribemont-Dessaignes opérant. Tête maintenue à travers la paroi abdominale. Perforation au niveau de l'orbite gauche facile. Ecoulement de matière cérébrale. Introduction et placement de la branche gauche. Petit broiement. La tête s'est défléchie, le menton s'est abaissé et l'occiput s'est relevé. Introduction et placement de la branche droite assez pénible. Grand broiement. La partie antérieure de la tête est broyée, la partie postérieure l'est moins. Mouvement de rotation mettant les grands diamètres de la tête en rapport avec le grand diamètre du bassin. Désarticulation de l'instrument. Difficultés pour retirer les branches. Le perforateur est laissé en place et maintenu en rapport avec la base. Réapplication des branches, l'une à droite, l'autre à gauche; deuxième broiement. Le mouvement de rotation s'est effectué spontanément pendant ce temps de l'opération. La tête s'engage et passe avec la plus grande facilité à travers la filière pelvienne, mais le tronc ne peut s'engager. Sous l'influence des tractions faites à l'aide de l'instrument encore appliqué sur la tête, il y a un léger engagement des épaules, *mais bientôt on constate une élongation du cou, et un craquement indique une disjonction des vertèbres*. Cessant alors les tractions, le Dr Ribemont-Dessaignes va, avec le doigt, *accrocher l'épaule gauche* et *dégage le bras*, *puis il dégage ensuite de la même façon le bras droit*. Exerçant alors des tractions sur la tête à l'aide du basiotribe, et sur les deux bras, le tronc s'engage et passe assez facilement.

Tous les os de la voûte et de la base sont broyés, aucune esquille saillante.

La manœuvre avait trop bien réussi pour que nous ne fussions pas désireux de trouver une nouvelle occasion de l'éprouver.

Une nouvelle expérience eut un résultat analogue dans les conditions suivantes :

EXPÉRIENCE IV.

Mannequin de Budin et Pinard ; diamètre promonto-pubien minimum mesurant 5 centimètres ; fœtus pesant 3,120 grammes.

Le Dr Pinard opérant. Face placée en M. I. G. T., très peu défléchie. Perforation facile au niveau du frontal, empiétant plus sur le côté droit que sur le côté gauche. Issue de matière cérébrale. Introduction et placement de la branche gauche. Petit broiement. On constate alors que la tête s'est légèrement fléchie. Le menton s'est relevé, le bregma s'est abaissé. Introduction et placement de la branche droite à droite. Grand broiement. On constate alors que la moitié postérieure de la voûte et de la base est seule bien aplatie. La rotation est effectuée. Les deux branches sont retirées sans difficulté. Le perforateur est maintenu en place et en rapport avec la base. Réintroduction des deux branches. Deuxième broiement. Aplatissement complet. La rotation s'est produite spontanément pendant le broiement. La tête s'engage spontanément et passe facilement à l'aide de légères tractions. Le tronc ne s'engage pas. *On a recours à la manœuvre employée lors de la troisième expérience par le Dr Ribemont-Dessaignes* et on *dégage successivement les deux bras*. Des tractions exercées sur l'instrument resté appliqué sur la tête et sur les bras amènent le tronc au dehors.

Tous les os de la voûte et de la base sont broyés. Il n'y a pas d'esquille saillante.

EXPÉRIENCE VIII.

Bassin métallique de la Maternité ; diamètre promonto-pubien minimum de 4 centimètres ; fœtus pesant 1,720 grammes ; face en M. I. G. T.

Deux broiements sont nécessaires ainsi que *la manœuvre du Dr Ribemont-Dessaignes pour dégager le tronc*.

EXPÉRIENCE XVII.

Bassin artificiel du Dr Stapfer ; diamètre promonto-pubien minimum de 4 centimètres ; sommet en O. I. D. T. ; fœtus pesant 2,400 grammes.

Un seul broiement. *Manœuvre du Dr Ribemont-Dessaignes pour le dégagement du tronc.*

La manœuvre à laquelle le Dr Pinard donne ainsi mon nom a été employée plusieurs fois chez la femme vivante et toujours avec succès.

Tantôt on a pu abaisser le ou les bras sans être obligé de fracturer l'humérus, tantôt, au contraire, le membre supérieur n'a été abaissé qu'à ce prix, tant il était maintenu élevé par la paroi utérine.

OBSERVATION I.

(Résumée (1), prise par M. le Dr Stapfer, chef de clinique, dans le service du Dr Pinard, suppléant le professeur Pajot).

Basiotripsie pratiquée par M. le Dr Pinard.

La femme G..., primipare, âgée de 23 ans, entre à la clinique le 7 octobre 1884, au matin. Elle est en travail. Elle n'aurait marché qu'à trois ans et demi... Règles finies le 28 octobre 1883. Grossesse normale.

Déformation rachitique manifeste des cuisses. La colonne vertébrale paraît droite. J'essaie inutilement de reconnaître la présentation et la position par le palper. Par le toucher, je trouve l'excavation vide, le segment inférieur très élevé, orifice un peu moins grand qu'une pièce de cinq francs. Bords épais et peu souples ; au centre, une petite tumeur mollasse qui pourrait être prise pour une fesse si la femme ne disait qu'elle est en travail depuis trois jours. On atteint sans difficulté le promontoire. Je trouve le diamètre P. S. P. = 8 $^1/_2$. Etat général bon. Fœtus vivant.

Le soir, à 4 h., la dilatation a fait des progrès. T. = 37°,8. Par le toucher, on constate une présentation du sommet O. I. D. T., avec une grosse bosse séro-sanguine.

6 h. Je fais donner le chloroforme pour pratiquer le toucher manuel. Le bassin me paraît rétréci non seulement dans le diamètre A. P., mais dans le diamètre transverse ; c'est évidemment un bassin à viciation complexe.

Le docteur Pinard, appelé, constate les mêmes particularités et essaye d'une application du forceps Tarnier. Tractions continues et contenues. Rien ne descend : on renonce au forceps. Introduction du perforateur du basiotribe de M. Tarnier laborieuse ; tête très ossifiée.

(1) Empruntée au mémoire du Dr Pinard. (*Annales de gynécologie*, décembre 1884.)

Je la maintiens au niveau de l'axe du détroit supérieur. Premier broiement laborieux. Rotation sans effort, mais impossibilité d'engager la tête.

On désarticule le basiotribe avec quelque difficulté. On le remet en place. Le Dr Pinard me prie de faire le broiement. Je constate qu'il est pénible. Je rapproche les cuillers jusqu'au contact parfait avec le perforateur. Le Dr Pinard fait des tractions toujours continues et très contenues. La région fœtale descend, le périnée bombe, l'anus s'entr'ouvre et la tête se dégage obliquement ; restent les épaules. Le Dr Pinard me prie de continuer les tractions à sa place ; sans cesser de tirer sur le basiotribe, que je maintiens de la main gauche, je constate que les épaules sont engagées, mais vivement pressées par les parois du bassin et placées dans le diamètre oblique gauche, l'épaule gauche (du côté gauche) se trouvant un peu plus bas que l'épaule droite. J'introduis le doigt dans le creux de l'aisselle de ce côté, et j'essaye de ramener cette épaule sous la symphyse ; j'y parviens avec beaucoup de peine et seulement quand la vis a tergo me vient en aide. On a cessé le chloroforme. La femme pousse.

Cette rotation n'est pas complète, les épaules restent un peu obliques ; *j'accroche le bras gauche et je dégage l'extrémité antérieure du diamètre bi-acromial en faisant sortir le bras* à l'imitation de ce que j'avais vu faire au Dr Pinard dans une expérience où le bassin mesurait 4 centimètres et où le fœtus était très gros. Cela fait et la femme poussant, je crois un moment que le périnée va refouler l'épaule postérieure, mais la rotation n'a pas été complète. Cette épaule reste dans le diamètre oblique et je suis obligé de faire pour elle ce que j'ai fait pour l'autre : *j'amène le bras droit au dehors* et le dégagement du reste du tronc n'offre aucune particularité.

L'enfant présente un enfoncement manifeste du sternum qui a été aplati par une saillie osseuse du bassin. Son poids est de 2,850 grammes.

Observation II.

(Inédite, communiquée par M. le Dr Pinard).

Rétrécissement du bassin par rachitisme et par fracture; ergot de seigle donné en ville; rupture prématurée des membranes; basiotripsie et délivrance artificielle faites par M. Lepage, interne du service.

La nommée L... (Eugénie), 19 ans, entre le 31 mai 1886 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne (isolement n° 1).

Née à Saint-Ouen, qu'elle a toujours habité, cette femme a été nourrie au sein par sa mère. N'a marché qu'à l'âge de 3 ans. Ne se souvient d'aucune maladie dans l'enfance.

A l'âge de 11 ans, la roue d'une voiture chargée de paille et attelée de quatre chevaux lui passa en partie sur le bassin. A la suite de cet accident, elle dut rester en traitement pendant six mois à l'hôpital Beaujon ; et ne marcha ensuite pendant trois mois qu'avec l'aide de béquilles.

Réglée à 13 ans 1/2. Menstruation régulière, peu abondante, non douloureuse, pendant cinq jours, ayant lieu tous les mois. Pas de pertes blanches. A 18 ans, elle eut un premier accouchement à terme. Sommet. L'enfant meurt pendant le travail, qui dura six jours.

Elle redevient enceinte en août 1885. Dernières règles le 7 août. La grossesse a été bonne jusqu'au 1er mai. A cette époque, la femme L... dut garder le lit à cause de vives douleurs ressenties dans les côtés et dans le ventre.

Le 27 mai, elle est prise de douleurs. La sage-femme qui déjà l'avait assistée lors de son premier accouchement, est appelée et rompt les membranes. Les douleurs continuent, mais le travail avance lentement. Le 30 mai, voyant que l'accouchement ne se termine pas, la sage-femme administre trois paquets d'ergot de seigle et le lendemain, 31 mai, envoie Eugénie L... à Lariboisière, à 10 heures du soir.

On trouve l'utérus fortement tétanisé. Palper impossible. Aucun battement du cœur fœtal. Toucher manuel. Dilatation un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs. Sommet en O. I. G. T. Angle sacro-vertébral facilement accessible. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 8. De plus, on constate l'existence, en deux ou trois points du détroit supérieur et de l'excavation, de saillies verticales, qui répondent très probablement aux traits de la fracture ancienne. La symphyse pubienne est assez fortement inclinée en arrière.

A 2 h. 1/2 du matin, la dilatation est complète ; la bosse séro-sanguine est considérable. A 4 h. 1/2, après anesthésie chloroformique, la femme est mise en travers du lit. La basiotripsie est pratiquée par M. Lepage. Le perforateur est introduit au niveau de la fontanelle postérieure, la petite branche placée sur l'oreille gauche, au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Le petit broiement se fait sans difficulté. La seconde branche est introduite assez facilement. Après le grand broiement, issue assez considérable de matière cérébrale. Après quelques tractions modérées, on se décide à faire une

seconde application de l'instrument, mais le perforateur n'est pas laissé en place. On l'introduit à nouveau par la même ouverture, puis on fait une application directe de l'instrument.

Après ce second broiement, la tête s'engage assez facilement, après avoir subi un mouvement de rotation. On dégage assez facilement la tête, mais malgré les tractions assez fortes, les épaules s'engagent péniblement.

Mlle Carrier, sage-femme du service, va à la recherche du bras postérieur qu'elle parvient à dégager avec facilité. Le dégagement du tronc s'opère dès lors sans difficulté aucune.

Le fœtus pèse 2,530 grammes, sans la matière cérébrale. A 8 heures du matin, M. Lepage fait la délivrance artificielle, nécessitée par une adhérence anormale du placenta. Suites de couches normales. Température maximum, 37°,8 le 4 juin. Exeat, guérie le 22 juin.

Observation III.

(Inédite, communiquée par M. le Dr Pinard.)

Rétrécissement du bassin; deux tentatives d'application de forceps faites en ville; déchirures multiples du col; mort de l'enfant; basiotripsie faite par M. le Dr Pinard; irrigation continue; guérison.

La nommée D... (Laure), 28 ans, ménagère, entre le 19 juin 1886 à Lariboisière, salle Sainte-Anne, isolement n° 2. Primipare. Cette femme est née et a été élevée dans le Pas-de-Calais. Elle n'a marché qu'à 18 mois. Réglée à 16 ans. Menstruation régulière, de moyenne abondance, durant cinq à six jours, ayant lieu tous les mois.

Dernières règles le 22 juillet (?) 1885. Depuis, la femme D... n'a plus perdu une seule goutte de sang. Grossesse heureuse. Il y a un mois environ, elle a perdu du liquide absolument clair, pendant trois jours, sans qu'il se produisît de douleurs. La quantité de liquide ainsi perdue était approximativement d'un verre par jour.

Rupture spontanée et prématurée des membranes le 14 juin, à 4 heures du matin. Le liquide qui s'écoule est citrin et plus teinté que le liquide perdu précédemment.

En même temps, apparition de contractions d'abord peu douloureuses, qui ne deviennent intenses que le lendemain vers midi.

Elles se succèdent d'abord toutes les quinze minutes, puis se rapprochent et reviennent toutes les cinq minutes, à partir du 16, vers

minuit. Le travail marche lentement. La sage-femme qui assiste D.., envoie, le 18, chercher un médecin. Celui-ci vient le lendemain, à 6 heures du matin, et fait sans succès deux applications de forceps. Il envoie la malade à Lariboisière, vers 3 heures de l'après-midi.

Cette femme est de taille moyenne, mais présente un degré considérable d'embonpoint. Léger degré de courbure antéro-postérieure des fémurs; conformation à peu près normale des tibias, sauf quelques irrégularités sur leur face interne. Pas de saillie anormale des bosses frontales. Les dents présentent un léger degré de microdentisme. Pas de chapelet rachitique. L'abdomen est très volumineux ; l'utérus remonte à 6 ou 7 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La tête est peu engagée. Enfant paraissant volumineux. Sommet en O. I. G. T.

L'auscultation des bruits du cœur fœtal présente les plus grandes difficultés. En effet, on a bien un foyer d'auscultation à gauche, en arrière d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, les battements perçus à ce niveau sont bien au nombre de 132 à 138 par minute, mais il est difficile de dire que ces bruits n'appartiennent pas à la mère, dont le pouls bat 134 fois pendant le même temps.

Cependant, après un examen approfondi qui lui montre qu'il n'y a pas complet synchronisme des bruits d'auscultation, M. Pinard pense que l'enfant est vivant.

Par le toucher, on sent des éraillures multiples dans le vagin, et de chaque côté un large sillon ulcéré produit par les branches du forceps. La dilatation est à peu près complète. Le col est œdématié, surtout en avant, et déchiqueté. A gauche, il existe une déchirure assez longue dont on ne peut fixer la limite supérieure. Température axillaire, 38°,4.

La femme est soumise à l'anesthésie chloroformique, à 5 h. 14. M. Pinard introduit alors la main dans le vagin pour explorer complètement le bassin, et constate qu'il y a une trop grande disproportion entre les dimensions de celui-ci et le volume de la tête. Il renonce au forceps d'autant plus facilement que le liquide amniotique est fortement coloré par le méconium ; il se décide à faire une basiotripsie à 5 h. 25. M. Pinard introduit le perforateur en suivant les règles habituelles, puis la branche gauche vers l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit. La tête fœtale est si élevée, et la filière pelvienne si longue que le perforateur et la branche gauche sont introduits

presque en entier dans le vagin et que l'articulation de ces deux branches se trouve à deux centimètres en arrière de la vulve. Le petit broiement s'exécute à l'aide de la vis à ailettes. M. Pinard introduit la branche droite. L'articulation se trouve au niveau de la vulve.

On est obligé, pour faire ce second broiement, de déployer une certaine force.

La tête s'engage alors lentement après le mouvement de rotation que M. Pinard fait exécuter à l'instrument. Des tractions modérées amènent, à 5 h. 40, la tête hors de la vulve.

On exerce des tractions énergiques sur la tête et sur le cou pour engager les épaules, mais la résistance est telle que M. Pinard, fatigué, prie son interne de le remplacer. Celui-ci, malgré des efforts considérables, ne parvient pas à faire progresser les épaules. *M. Pinard a recours alors à la manœuvre du Dr Ribemont-Dessaignes. Il introduit la main gauche dans l'utérus et arrive, non sans quelque difficulté, à dégager le bras postérieur.* Les tractions sont reprises, faites à la fois sur ce bras et sur la tête. Le dégagement du bras antérieur est assez facile. L'expulsion du tronc se fait alors assez rapidement. Le fœtus est seulement arrêté pendant quelques secondes au moment du passage du siège au détroit supérieur.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 5,000 grammes, sans la substance cérébrale.

L'opération est terminée à 6 heures du soir.

Délivrance spontanée à 7 h. 1/2.

Injection intra-utérine antiseptique.

Irrigation continue.

Sort guérie le 8 juillet.

Le bassin, mesuré alors, offre un diamètre promonto-sous-pubien de 8 cent. 9. La symphyse est très inclinée et très élevée.

Observation IV.

(Inédite, communiquée par M. le Dr Pinard.)

Présentation de la face en M. I. G. T.; mort de l'enfant pendant le travail; application de forceps infructueuse faite en ville; basiotripsie faite par M. le Dr Pinard; délivrance artificielle faite par Mlle Carrier; irrigation continue.

M... (Sarah), 27 ans, sans profession, est admise le 21 juillet 1886, à Lariboisière, salle Sainte-Anne, n° 2. Cette femme est originaire de

Niederbrönn (Alsace), qu'elle a habité jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle ne sait quand elle a marché. Bien réglée d'habitude, elle a vu pour la dernière fois en septembre 1885. L'écoulement a pris fin le 23. Grossesse heureuse. Pas d'albumine dans les urines. Léger œdème des jambes quelques jours avant l'accouchement. Légères douleurs le 12 et le 13 juillet. Le 14, à 4 heures de l'après-midi, le travail se déclare. Une sage-femme appelée, constate que le travail est peu avancé.

Les douleurs sont vives pendant toute la nuit, que la femme passe debout. Le travail marche lentement ; les 15, 16 et 17, douleurs presque continues avec exacerbations momentanées.

Le 18, elles se modifient et occupent les régions lombaire et sacrée. La sage-femme rompt les membranes le 18 au matin ; écoulement de liquide fortement coloré. Les mouvements du fœtus cessent d'être perceptibles.

Un médecin, appelé à 2 heures de l'après-midi, le 19, constate que l'enfant est mort. Le soir, à 11 heures, il tente d'appliquer le forceps, mais ne pouvant réussir à introduire la seconde branche, il envoie la femme à Lariboisière. Elle y arrive à 1 heure du matin. On reconnaît qu'il y a présentation de la face en M. I. G. T.

L'utérus est fortement distendu. Il est sonore à la percussion. Le palper, rendu presque impossible, par suite de la distension de l'utérus par des gaz, ne donne aucun renseignement net.

On n'entend pas les battements du cœur fœtal. Par le toucher, on arrive assez facilement sur les différentes parties de la face : nez, bouche, menton. A droite, bosse séro-sanguine recouvrant le front. La dilatation est plus grande que la paume de la main, mais il existe encore une bande de col en arrière et à gauche.

Il s'écoule par la vulve une sanie très fétide de couleur brunâtre.

La main, placée sur l'utérus, perçoit une crépitation toute particulière.

M. Pinard examine la femme à 4 heures du matin et se décide à pratiquer la basiotripsie de suite.

La femme est transportée dans le service d'isolement et endormie, M. Pinard introduit le perforateur au niveau de l'orbite gauche. La petite branche est introduite avec précaution à gauche et sur le menton. Petit broiement fait avec la vis. La deuxième branche est poussée en place avec douceur et placée symétriquement. Le grand broiement se fait sans difficulté. La matière cérébrale s'écoule. M. Pinard fait exécuter au basiotribe un mouvement de rotation de gauche à droite.

Des tractions soutenues engagent la tête. L'instrument décrit un demi-mouvement de spire de droite à gauche.

La tête descend peu à peu dans le vagin.

M. Pinard procède avec d'autant plus de lenteur que le col n'est pas tout à fait dilaté et qu'on sent l'orifice utérin appliqué sur la tête.

M. Pinard dégage peu à peu le menton, puis l'occiput en surveillant avec soin le périnée. La tête sortie, on sent une résistance assez forte due à ce que les épaules ont peine à s'engager; après quelques tractions assez énergiques sur la tête, *on sent que le cou s'allonge* sans que les épaules descendent davantage. M. Pinard *introduit alors la main gauche pour aller à la recherche du bras postérieur. La main est bientôt paralysée et incapable d'abaisser le membre fœtal. Introduisant alors la main et l'avant-bras droit, il peut accrocher une épaule qu'il abaisse, mais ne pouvant atteindre le coude ni abaisser le bras, il est contraint à retirer sa main droite, fatiguée, et à introduire une seconde fois la gauche, avec laquelle il peut, avec de grandes difficultés, amener le bras droit à la vulve.* En exerçant alors des tractions simultanées sur le bras et sur le cou, il sent une résistance telle qu'il lui semble que le cou et le bras vont s'arracher. M[lle] Carrier, sage-femme de garde, éprouve la même résistance; l'interne de service, cherchant à exercer quelques tractions, sent *le cou céder, et voit la peau se déchirer, formant un léger hiatus au niveau de l'aisselle.* M. Pinard se décide alors *à aller à la recherche du bras antérieur et éprouve les mêmes difficultés. Il est obligé d'introduire d'abord la main droite, puis la gauche, avec laquelle il accroche et abaisse l'épaule. Il doit réintroduire la main droite pour dégager le bras.*

Des tractions sont alors exercées sur les deux bras, l'extraction du tronc se fait assez facilement, malgré la distension considérable de l'abdomen du fœtus par des gaz.

L'enfant pèse 4,600 grammes sans la matière cérébrale.

Délivrance artificielle. Irrigation continue. Guérison.

Dans les expériences que je viens de rappeler l'abaissement du bras n'a pas présenté de difficultés sérieuses. Il en a été de même dans les observations I, II et III. M. Pinard a éprouvé de très grandes difficultés pour abaisser l'un et l'autre bras dans l'observation IV. Il peut arriver, en effet, que le volume du fœtus, que l'étroitesse du bassin, que la rétraction de l'uté-

rus maintiennent les épaules si élevées qu'on ne peut, qu'avec une peine extrême, arriver jusqu'au coude. On arrive assez facilement par contre jusqu'au creux de l'aisselle. Une pression un peu forte exercée de haut en bas sur la face interne du bras suffit pour amener la disjonction de l'épiphyse supérieure de l'humérus. Dès lors le bras se plie aisément en deux, et son abaissement s'obtient sans peine. Cette manœuvre m'a pleinement réussi dans les trois cas suivants.

OBSERVATION V.
(Personnelle).

Bassin vicié par le rachitisme; diamètre promonto-sacro-pubien, 7 centim. 1/4; sommet; basiotripsie; fracture de l'humérus.

Je suis appelé le 8 octobre 1884, à 3 heures du soir, chez M^me Porée-Mougin, sage-femme agréée des hôpitaux pour voir une jeune femme. R... (Victorine-Rose), primipare, âgée de 24 ans, domestique. Cette jeune femme est à terme, car ses dernières règles se sont montrées le 12 décembre 1883. Elle est entrée en travail le 7 octobre, à 2 heures du matin; les membranes se sont rompues spontanément à midi, chez la sage-femme. La dilatation était alors grande comme une pièce de deux francs. Le cordon ne tarde pas à descendre, et lorsque, à 3 heures, j'examine la malade qui offre toutes les traces du rachitisme, je trouve une anse de cordon engagée dans le vagin. La dilatation à 3 à 4 centimètres de diamètre. La partie fœtale est retenue au-dessus du détroit supérieur. Il est très facile d'arriver sur l'angle sacro-vertébral, et de mesurer le diamètre promonto-sous-pubien. Celui-ci n'a que 7 cent. 1/4. La symphyse est épaisse et élevée. Je crois pouvoir évaluer à 6 centimètres, la dimension du diamètre utile. Le travail marchant régulièrement d'ailleurs, je me propose de revenir dans la soirée. A 9 heures je me trouve près de la malade en compagnie de mon interne, M. Bourdel. La dilatation est à peu près complète. Je dispose tout en vue de la basiotripsie que je me propose de faire.

La femme est endormie et placée dans une situation convenable, j'introduis dans le vagin deux doigts de la main gauche et je la pousse jusqu'à la partie fœtale (sommet, O. I. G. T.). Le perforateur est alors introduit, à travers le pariétal antérieur, dans le crâne, immobilisé par M. Bourdel à l'aide de pressions exercées au-dessus du pubis. La

perforation faite, je déchire avec la pointe de l'instrument la matière cérébrale, afin d'en faciliter l'écoulement. J'introduis alors avec facilité la première cuiller du basiotribe que j'applique directement à gauche. Avant de rapprocher cette branche du perforateur, je m'assure que la pointe de celui-ci n'a pas cessé d'être en contact avec la base du crâne. La pression de la main suffit pour rapprocher ces deux parties de l'instrument. Il ne s'écoule pas de matière cérébrale. Ayant fixé cette première prise à l'aide du petit crochet, je procède au placement de la seconde cuiller que je ne parviens à mettre en place qu'en la faisant glisser en arrière de la tête au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Je la ramène ensuite sans grande peine à l'extrémité droite du diamètre transverse et j'articule. La vis est mise en place, et je commence à broyer très lentement la seconde partie de la tête. La matière cérébrale s'écoule peu à peu. Le broiement achevé, la tête et l'instrument esquissent d'eux-mêmes un mouvement de rotation de droite à gauche que je m'empresse de compléter. De très douces tractions, que je comparerais volontiers à celles d'une application de forceps facile, font parcourir à la tête le canal pelvien. J'éprouve, au moment où la tête apparaît à la vulve, une résistance grande que je ne puis attribuer qu'à l'engagement pénible des épaules. Des tractions soutenues finissent par achever son dégagement. Mais il m'est impossible d'extraire les épaules qui sont encore élevées. *Je vais à la recherche du creux axillaire de l'épaule droite*, et *j'exerce avec l'index recourbé une forte traction sur le bras. L'humérus se brise, le bras s'abaisse.* Immédiatement le tronc s'engage. Quelques secondes après la femme était accouchée.

L'enfant, du sexe féminin, est volumineux. Il pèse 3 kilogr. 450, non compris le poids de la matière cérébrale. Le diamètre bi-acromial mesure 14 centimètres. La tête est totalement aplatie. Elle mesure 4 cent. 1/2 à 5 centimètres dans ses diamètres réduits par le broiement.

Tous les os de la voûte et de la base sont brisés.

La délivrance se fit sans incidents. Suites de couches normales. Vingt-quatre jours après la femme R... partait au Vésinet.

Observation VI.

(Inédite, personnelle).

Bassin vicié par le rachitisme; diamètre promonto-sous-pubien, 8 centim. 1/2; basiotripsie; fracture de l'humérus.

Clémentine L..., 28 ans, secondipare, se fait admettre le 26 février 1885 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Paul, service du Dr Ribemont-Dessaignes. Cette femme a déjà eu un accouchement laborieux en 1882. Elle était, à cette époque, allée à la Maternité, où M. Tarnier avait dû perforer le crâne et employer ensuite le cranioclaste. Elle est rachitique et son bassin ne mesure que 8 cent. 1/2 dans le diamètre P. S. P.

Les dernières règles datent de la fin de mai 1884. Le volume du fœtus montre qu'elle est bien arrivée à terme. Le travail a débuté le 24 février à 11 heures du matin. Le même jour les membranes se sont rompues prématurément à 11 heures du soir.

Après plusieurs applications infructueuses de forceps, je pratique la basiotripsie. Après deux broiements successifs, je puis extraire la tête, mais j'éprouve les plus grandes difficultés pour ce dégagement des épaules. *Je vais alors à la recherche du creux axillaire qui se trouve en arrière, et je fracture l'extrémité supérieure de l'humérus.*

J'abaisse ensuite facilement le bras et j'exerce sur lui des tractions qui, s'ajoutant à celles faites sur la tête avec le basiotribe, suffisent pour extraire rapidement le tronc du fœtus. Celui-ci pesait, sans la matière cérébrale, 3,330 grammes.

Délivrance artificielle nécessitée par des adhérences anormales du placenta.

Suites de couches normales. La malade quitte l'hôpital le 30 mars 1885.

Observation VII.

(Inédite, personnelle).

Rachitisme; bassin généralement trop petit; basiotripsie; fracture de l'humérus.

La nommée Anne B..., primipare, âgée de 45 ans, entre le 13 avril 1885, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Paul, n° 15, service du Dr Ribemont-Dessaignes. Cette femme, bien réglée, depuis l'âge de 19 ans,

fait remonter sa grossesse au 14 juillet 1884 ; le dernier écoulement menstruel s'est montré le 12 juillet. Malgré les affirmations de cette femme, il nous semble que l'on doit plutôt admettre que la grossesse n'a pas dépassé le terme de 7 mois 1/2 ; l'état du col et le développement de l'utérus aussi bien que le volume du fœtus plaident en faveur de cette hypothèse. Depuis quelques jours, il existe de l'œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines. L'œdème augmente au point de devenir douloureux, et bientôt la malade est obligée de garder le repos au lit. Cette femme est petite. Elle ne donne aucun renseignements sur la pathologie de son premier âge. Cependant, les tibias sont légèrement convexes en dedans, la tête, et plus particulièrement la face présentent les stigmates du rachitisme. Le bassin est vicié. Il paraît généralement petit. L'angle sacro-vertébral et la face antérieure du sacrum sont facilement atteints. Diamètre P. S. P. 11 centimètres. L'enfant se présente par le sommet en O. I. D. T. Je ne pense pas nécessaire de provoquer prématurément l'accouchement.

Le 28 mai, à 7 heures du matin, les membranes se rompent spontanément, et prématurément, et laissent s'écouler en abondance un liquide amniotique jaunâtre et épais. Les premières contractions du travail se font sentir le 31 mai, à 9 h. 1/2 du soir ; elles continuent sans interruption toute la nuit, et amènent lentement une dilatation qui n'est complète que le lendemain, 1er juin, à 6 heures du soir. Une heure plus tard, les bruits du cœur s'étant ralentis, M. Leriche, interne du service, fait une application de forceps, mais ne peut engager la tête qui n'est qu'amorcée au détroit supérieur. Prévenu, j'essaye à mon tour d'extraire le fœtus, mais malgré une prise solide et des tractions énergiques et longtemps soutenues, je ne puis y parvenir. Je perfore alors la tête, très ossifiée, avec le perforateur alésoir du basiotribe, et je procède ensuite au double broiement de la tête. Le basiotribe l'engage peu à peu dans l'excavation, et bientôt l'amène au dehors, mais les épaules ne s'engagent pas, malgré des tractions énergiques. *J'introduis alors l'index droit dans le creux axillaire gauche du fœtus, et j'exerce avec lui une légère traction sur l'extrémité supérieure de l'humérus. Je sens un craquement sec et le bras plié en deux s'abaisse sans difficulté.* Il me suffit alors de tirer légèrement sur la tête et à la fois sur le bras gauche pour entraîner la partie supérieure du thorax à travers le bassin et achever l'extraction du tronc du fœtus.

Délivrance artificielle. Suites de couches compliquées par une phleg-

matia alba dolens peu grave. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 14 août 1885.

Ces quelques faits cliniques suffiront, je pense, à déterminer les accoucheurs à essayer la manœuvre que je viens de décrire toutes les fois qu'ils éprouveront, pour extraire le tronc après la sortie de la tête broyée, de grandes difficultés dues à la disproportion des dimensions du bassin et du volume des épaules. Dans les bassins de moins de 7 centimètres on aura souvent à lutter contre cette difficulté.

Si l'on tire simplement sur la tête on court le risque de voir s'arracher le cou. Que ferait-on si cet accident survenait? Force serait bien d'aller chercher un bras, si non les deux, et de s'en servir pour exercer des tractions. Pourquoi dès lors ne pas commencer par là?

DE LA PRÉSERVATION DES MEMBRANES
DURANT LA DEUXIÈME PÉRIODE DU TRAVAIL.

Par H.-T. Byford,
Médecin et chirurgien à l'hôpital des femmes de Chicago,
Premier vice-président de la Société gynécologique de Chicago.

Traduit de l'anglais par le Dr R. Labusquière.

Tout en faisant à ma courte monographie « *Fonctions of the Membranes in Labor* (1) » l'honneur d'une analyse critique (2), le professeur Dumas m'a décrié quelque peu, car la clarté et la précision de son *résumé* ne laissent pas supposer qu'il ait pu se méprendre sur quelques points de mon travail, et par là dénaturer peut-être quelques-unes de mes idées. Mais je suis heureux de constater que nous nous accordons sur cette proposition essentielle, fondamentale : *les anneaux vaginal et*

(1) *Chicago med. Journ. and examiner*, mars 1885.

(2) *Annales de gynécologie*, septembre, octobre, novembre 1885.

vulvaire doivent, par un mécanisme de dilatation et de relâchement, subir une sorte de préparation, destinée à favoriser le dégagement de la tête. Nous ne différons que sur la manière de procéder à cette préparation : je demande à la nature ce qui, d'après M. Dumas, ne saurait être réalisé que par l'art.

Après avoir écrit : « *Il aboutit à des conclusions théoriques conformes à celles qui m'avaient servi de point de départ* », *il déclare que je base ma théorie* « *sur les cas, très rares d'ailleurs, dans lesquels l'enfant naît coiffé.* » Voici simplement les faits : dans un cas où j'attendais la rupture de la poche des eaux, je fus vivement surpris de l'expulsion *rapide*, au dehors du vagin, de l'œuf *entier*. Le fœtus était dans une poche incomplètement pleine de liquide, il ne fit d'effort respiratoire que lorsqu'il fut débarrassé de ses enveloppes, et cria alors vigoureusement. Toute tentative antérieure d'inspiration n'aurait pu qu'attirer les membranes dans la bouche. L'absence de symptômes défavorables ou de souffrances accusées dans cet accouchement, comme dans beaucoup d'autres où les membranes étaient arrivées intactes entre les lèvres ; la rapidité avec laquelle s'effectue, en semblables circonstances, le dégagement de la tête à travers l'orifice vulvaire, sans produire de déchirure ou n'importe quelle autre lésion ; la contraction pour ainsi dire immédiate du plancher pelvien et des muscles périnéaux ; enfin, et avant tout, le fait, fréquent dans ma pratique, de l'apparition entre les lèvres des membranes intactes, tout cela me poussa à étudier cette intéressante anomalie. Je m'ingéniai tout d'abord à écarter, d'une façon systématique, toutes les circonstances qui sont de nature à affaiblir la résistance des membranes ou à augmenter l'effort qu'elles supportent. Et aujourd'hui je me crois autorisé, par mon expérience personnelle, à affirmer de nouveau *qu'une importante fonction des membranes consiste à préparer les orifices vulvaire et vaginal pour le passage de la tête fœtale.*

De l'expérience des médecins sur le rôle des membranes.

Pour me rendre bien compte de ce que l'expérience pouvait

avoir appris sur le rôle des membranes aux médecins des États-Unis, j'écrivis à 500 d'entre eux, les plus connus pour leur vaste expérience, pour leurs connaissances étendues dans la pratique et dans la science des accouchements.

Plus de 300 me firent connaître leurs avis, basés sur l'observation personnelle; un certain nombre d'entre eux s'appuyaient sur des notes recueillies sous l'impression même des faits.

143 de ces médecins, qui représentent une expérience de plus de 100,000 accouchements dirigés par eux dans la clientèle privée, avaient coutume de rompre les membranes au moment où la dilatation était complète ou immédiatement après. La fréquence, en moyenne, de la persistance de la poche des eaux jusqu'à cette période, persistance qui exige, si l'on veut assurer la rupture, une intervention artificielle, est de 40 p. 100. Si l'on élimine certaines conditions anomales : *primipares âgées*, *rupture des membranes avant ou au début du travail*, *rupture prématurée due à la rigidité hyperplasique ou cicatricielle des parties molles ; défaut d'intégrité du plancher pelvien et du périnée*, *pressions et frottements intempestifs produits par le doigt explorateur* (*avec intention ou involontairement*), *stimulation exagérée de l'utérus sous l'influence de la station verticale trop longtemps prolongée*, *efforts expulsifs prématurés*, *etc.*, on obtient des chiffres qui, assurément, suffisent à invalider cette affirmation de M. Dumas : « Le fait le plus fréquemment observé dans les cas normaux, et universellement admis, c'est que les membranes ne se rompent que *lorsque le col est complètement dilaté ; mais ce résultat une fois obtenu, elles se rompent presque toujours spontanément.* »

72 de mes correspondants, non habitués à rompre systématiquement les membranes à la fin de la première période du travail, constatent que 33 fois sur 100 ils ont vu la poche des eaux arriver jusqu'à la vulve, faire même saillie au dehors; chiffre beaucoup trop élevé s'il s'agissait simplement d'une éventualité exceptionnelle. 30 de ces communications consignent une moyenne de 50 p. 100; 11 de 75 p. 100.

De tels chiffres justifient parfaitement de nouvelles recherches sur la question.

Mon excuse d'avoir utilisé des *opinions* comme s'il se fût agi de *statistiques* est celle-ci : le résultat de l'expérience acquise par plus de 300 accoucheurs, dans plus de 300,000 accouchements, est moins sujet à controverse que des statistiques, même soigneusement dressées, mais portant seulement sur quelques milliers de cas observés par un petit nombre d'accoucheurs. En ces dernières conditions, en effet, des circonstances inévitables, quelque particularité propre à la méthode de tel ou tel praticien peuvent compromettre plus ou moins l'exactitude des déductions. J'ai tenu compte de tous les avis. J'ai également noté que dans la pratique hospitalière, où étudiants et jeunes diplômés viennent acquérir de l'expérience, la rupture *précoce* de la poche des eaux pendant le travail arrive beaucoup plus fréquemment que dans ma pratique privée. Et cette différence quant au moment de la rupture qui existe dans les accouchements faits en ville ou à l'hôpital, qui se manifeste aussi dans la pratique de certains médecins, cette différence constitue elle-même une excellente preuve que la nature même de l'intervention influe beaucoup sur le moment où cette rupture se produit.

Origine de l'opinion admise que les membranes se rompent ou doivent être rompues à la fin de la première période du travail.

Pour bien démontrer combien est en réalité insoutenable cette sorte de précepte que les membranes se rompent ou doivent être rompues à la fin de la première période du travail, il me faut envisager en détail les quatre espèces de considérations qui l'ont fait naître et sur lesquelles il repose :

1° Démonstration théorique.
2° Recherches expérimentales.
3° Quelques opinions tirées des anciens auteurs.
4° Observations cliniques ou expérience médicale actuelle.

1° DÉMONSTRATION THÉORIQUE.

Ceux qui ont recours à cette méthode raisonnent avec logique en envisageant les choses d'un point de vue mécanique, comme on peut s'en assurer en s'en rapportant à Spiegelberg (Geburtshuelfe, 1882, p. 136). Mais le vice d'une démonstration de cette nature est qu'on ne tient pas suffisamment compte des modifications physiologiques constantes qui s'opèrent dans les conditions et les rapports réciproques des parties.

L'explication imagée qui suit est de Scanzoni (Geburtsh., 1867, vol. I, p. 227) : « So wie eine geschlossene, mit einer Flüssigkeit gefüllte Blase bein einem starken, auf ihre Wände ausgeübten Drücke an der diesem Drucke entgegengesetzten Stelle berstet, eben so missen auch die Eihaüte (1). »

La démonstration théorique du professeur Dumas, que les membranes doivent se rompre à la fin de la première période, est basée sur deux assertions erronées et sur une assertion appliquée mal à propos (erronée également).

1° Les membranes ne sont pas soutenues plus longtemps.

2° Elles subissent *une distension brusque*. « C'est qu'à ce moment seulement elles ont à supporter toute la poussée de haut en bas résultant des contractions utérines. »

3° La limite de leur élasticité ne leur permet pas de s'allonger en moyenne au delà de 2 centimètres 1/2.

1° et 2° Pour n'être pas soutenues, il faudrait que les membranes fussent éloignées du plancher pelvien où, si elles y parviennent, elles trouvent un point d'appui.

Scanzoni, Cazeau, Spiegelberg, Charpentier, Verrier, etc., sont d'accord avec le Dr Dumas sur ce point. Cependant, il a lui-même fait voir que non seulement les membranes se détachent de l'utérus dans le voisinage du col, tout au début du travail, — décollement qui, d'après Depaul (Clin. obstétr., 1872, p. 442), permet *la formation d'une poche volumineuse*

(1) De même qu'une poche, pleine de liquide et soumise en un point de sa surface à une forte pression, éclate en un point précisément opposé à celui qui subit la pression, ainsi se rompent les membranes.......

qui peut remplir tout le vagin, — mais qu'elles continuent à s'en séparer, dans la direction du fond, à mesure que le col se rétracte. Or, la contraction utérine (ou la pression) doit forcer les membranes décollées, à mesure que l'orifice se dilate et s'élève les privant ainsi de point d'appui, à descendre jusqu'à ce qu'elles rencontrent une résistance (un point d'appui) par en bas, à moins qu'elles ne soient soustraites à la pression intra-ovulaire par la tête, agissant à la manière d'une valve sphérique.

Mais le fait clinique bien connu que, même après la rupture de la poche des eaux, une partie du liquide amniotique reste emprisonnée dans la matrice, prouve que la tête fœtale est constamment appliquée sur les tissus maternels environnants. Cet autre fait, que si du liquide amniotique peut s'écouler au début et à la fin des contractions il n'en est pas de même au plus fort de la douleur, démontre encore que la tête fœtale se comporte comme une valve sphérique efficace, diminue la pression qui, sans cela, porterait sur la poche des eaux, et prévient ainsi la nécessité d'une descente rapide des membranes. Cette action de valve exercée par l'extrémité céphalique retarde l'arrivée de la poche des eaux sur le plancher périnéal et à la vulve, jusqu'à ce que la tête ait fait de la place, mais elle protège la poche des eaux autant qu'elle retarde sa descente. En conséquence, il n'arrive jamais que les membranes dépourvues de point d'appui aient à supporter, en totalité, la résultante de l'effort utérin.

3° Si l'élasticité des membranes, ainsi que l'admet le professeur Dumas, leur permet de s'allonger de 2 centimètres 1/2, elles peuvent arriver intactes sur le plancher pelvien et trouver un point d'appui sans qu'il soit nécessaire d'une descente plus grande, et la partie antérieure de la poche des eaux correspondra à l'orifice pelvien inférieur non dilaté. Les « 5 *centimètres que les membranes devraient parcourir pour atteindre l'orifice externe* » ne sont, en réalité, qu'une exagération de la distance qui sépare la partie antérieure de la poche des eaux, au-dessus de laquelle le col est remonté, de l'orifice vulvaire

non dilaté. Ce chiffre ne mérite pas d'être pris en considération, parce que les membranes décollées ne sont plus en danger immédiat de se rompre dès qu'elles ont trouvé un support sur le plancher pelvien, et qu'à ce moment une progression ou un allongement insensible de la partie antérieure de la poche des eaux suffit à la rendre apparente à la vulve. En réalité, j'ai presque toujours constaté qu'elles remplissent l'excavation jusqu'au plancher pelvien, que souvent même elles apparaissent à la vulve avant que le col soit suffisamment dilaté pour remonter au-dessus de la tête fœtale. Ce fait, j'en ai maintes fois constaté l'exactitude en rompant la poche des eaux lorsque les membranes apparaissent à la vulve. Je suis aujourd'hui entièrement convaincu que la contraction prétendue normale de l'orifice externe, lorsque les membranes cèdent à ce moment et qu'on tient pour la fin de la première période du travail, est moins le résultat d'une rétraction physiologique que d'une dilatation incomplète. Ma conviction est basée sur les raisons suivantes : 1° le degré de rigidité du col après la rupture de la poche des eaux ; 2° le temps que cet organe met à remonter au-dessus de la tête ; 3° la production brusque d'une déchirure profonde du col, tandis qu'on exerçait par en haut une pression ménagée mais ferme, dans un cas où j'avais ainsi rompu les membranes arrivées à la vulve.

Le professeur Dumas dit : « Plus d'une fois j'ai vu accuser la poche des eaux de résister trop longtemps... la dilatation du col étant loin d'être terminée. »

Mais je ne suis pas forcé de me restreindre à mes propres observations :

« Il n'y a pas de travail normal dans lequel l'orifice de l'utérus ne descend pas plus bas que l'arcade pubienne en avant. » (*Meig's Obst.*, 4e édit., p. 293.)

L. Bruhl (de Berne) a constaté (*Archiv für Gynäkol.*, vol. XXVI, n° 1), après 250 observations de travail chez des femmes dont le bassin était normal, que presque toujours la tête était engagée dans l'excavation et, profondément, dans la moitié des circonstances. Chez les multipares, la tête était dans l'excava-

tion dans le quart des cas, mais ne se maintenait au-dessus de l'entrée du petit bassin que dans le tiers des cas, à la fin de la gestation. Il a également constaté que, les proportions du bassin étant normales, la tête peut être assez profondément engagée dans l'excavation pour qu'une portion seulement très limitée de sa surface reste accessible au-dessus de la symphyse. En semblables conditions, l'extrémité céphalique doit être très enfoncée dans le bassin à la fin de la première période du travail, et par suite la portion antérieure de la poche des eaux doit se trouver à moins de 2 cent. 1/2 du plancher pelvien.

C'est pourquoi : 1° les membranes ne sont pas tellement distantes du plancher pelvien qu'elles ne puissent trouver de support qu'au niveau de l'orifice et du col de l'utérus, à la fin de la première période du travail. Mais, 2° s'il en était ainsi, la tête, agissant à la manière d'une valve sphérique, les mettrait à l'abri d'une pression excessive. Enfin, 3° si elles restaient élevées et si elles subissaient l'effort utérin, leur élasticité les mettrait en état d'arriver jusqu'au plancher pelvien et d'y trouver un support avant qu'elles ne cédassent sous la pression.

2° Recherches expérimentales.

Toppel, Ribemont et Math, Duncan ont, par des expériences laborieuses et conduites avec beaucoup de soins, assuré à leurs travaux une base solide. Mais que le professeur Dumas en ait fait les arguments essentiels de sa discussion, c'était, par avance, ôter à celle-ci toute stabilité. Toutes ces expériences ont une valeur incontestable, mais elles ne sauraient démontrer le rôle des membranes durant le travail, et on ne devrait pas s'en servir avec l'intention de le reproduire et de le figurer, et cela pour les raisons suivantes :

1° On s'est servi de membranes qui avaient déjà subi les pressions qui avaient déterminé leur rupture.

2° Elles avaient subi également les manœuvres qu'avait né-

cessitées leur séparation des parties maternelles. J'ai vu des membranes très délicates qui, grâce à leur élasticité et à leur faculté de s'accommoder elles-mêmes au conduit génital et aussi au support qu'elles trouvent dans ce conduit, avaient parfaitement résisté à l'effort utérin et étaient arrivées intactes à la vulve et qui cependant, après leur expulsion, cédaient à la moindre manœuvre.

4° Elles représentent des tissus morts, ainsi que l'a déjà fait remarquer Barnes.

5° Leurs connexions avec les parties maternelles étant détruites, on les fait se rompre dans des conditions anormales. La démonstration peut être faite sur un des diagrammes figurés par le professeur Dumas (fig. 4, p. 286, *Ann. de gyn.*, vol. XXIV). Ce diagramme peut être considéré comme représentant soit l'utérus à la fin de la première période du travail, soit le réceptacle en verre utilisé pour l'expérience. La portion des membranes qui est censée être dépourvue de support est indiquée par les lettres *c a b d*. Mais dans l'expérience le point d'insertion est en *c* et en *d*, tandis que dans le travail, à la fin de la première période, les membranes sont décollées jusqu'en *x* et en *y*, ainsi que l'a fait voir le professeur Dumas. Par suite, le rapport entre le degré d'élasticité et d'allongement considéré au moment de l'expérimentation et à la fin de la troisième période du travail est à peu près le même que celui qui existe entre *c a* (en supposant *a* et *b* confondus au centre) et *x c a*, soit 1/3 ou un peu moins. Mon intention, certes, n'est pas de déterminer mathématiquement cette différence, ***je veux seulement faire nettement ressortir que l'élasticité des membranes ne saurait être la même pendant l'expérimentation et pendant le travail.*** En ce qui concerne leur degré de résistance après qu'elles ont été distendues : pendant le travail elles sont supportées de *x* et *y* jusqu'en *c* et *d* (sur les 2/3 au moins du diamètre longitudinal de leur surface), par les parois utérine et cervicale et elles sont distendues dans cette portion supérieure suivant une direction presque parallèle à leur surface ; dans les expériences, au contraire elles sont dépourvues de

tous supports et poussées dans une direction à peu près perpendiculaire à leur surface totale.

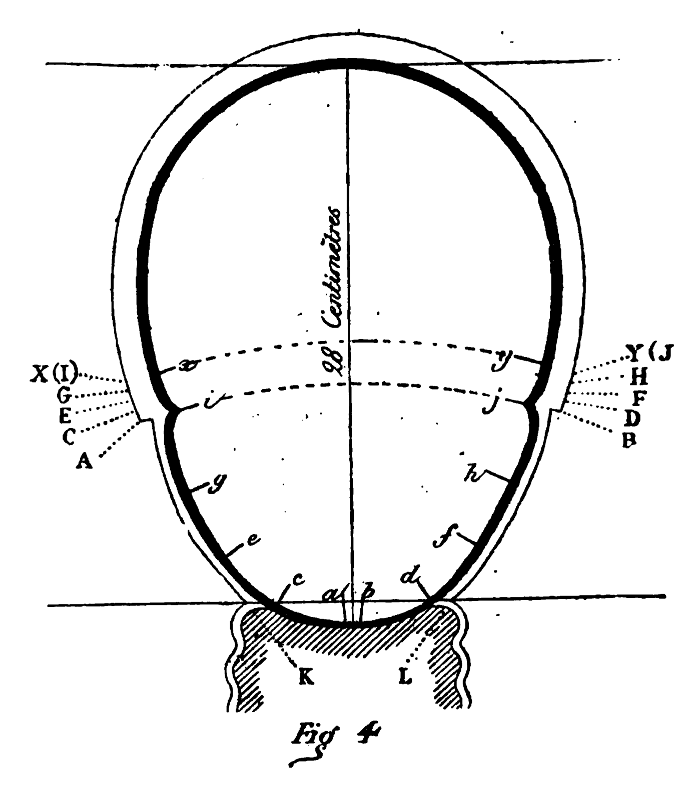


Fig 4

Dilatation à peu près complète.

La citation suivante concerne ce point particulier : « Nous ne nions pas qu'il est des cas où, pendant le travail, la partie des membranes qui avoisine la poche des eaux peut se décoller et, en glissant, *venir aider à la distension plus considérable* de cette poche dont la *déchirure* se trouve *ainsi retardée* » (Ribemont, *Arch. de Tocologie*, nov. 1879, p. 648).

6° La poche *c a b d* trouve, pendant le travail, un support dans le bassin, ce qui n'a pas lieu dans les expériences.

7° Non seulement, pendant le travail, les membranes se décollent *peu à peu*, de façon à échapper à toute *distenson brusque*, mais elles glissent l'une sur l'autre, suivant leur degré respectif d'élasticité, leur connexion réciproque ou avec les tissus environnants. Aussi, elles se soutiennent l'une l'autre plus longtemps et mieux qu'il n'arrive dans les expériences où leur insertion invariable à un tube s'oppose à toute action de ce genre.

8° Pendant le travail, la tête, solidement appuyée sur le col et sur les parties molles du bassin, fait l'office d'une valve sphérique et soustrait en partie ou presque en totalité, comme dans les poches plates; les membranes situées au-dessous d'elle, à l'action de la *vis à tergo*, condition qui fait absolument défaut dans les expériences.

Assimiler donc le rôle des membranes durant le travail à celui qu'elles jouent dans les expériences, ou raisonner d'après l'hypothèse qu'il est tel ou qu'il doit être tel, est chose insoutenable. Ainsi tombe un des principaux points d'appui de l'argumentation du prof. Dumas.

3° Quelques opinions tirées des anciens auteurs.

Invoquons maintenant quelques témoignages du passé et voyons quel appui ils peuvent fournir à la doctrine que les membranes doivent se rompre à la fin de la première période du travail. Les citations qui vont suivre démontrent clairement que, depuis l'époque où l'obstétrique est devenue une science, les membranes étaient mises dans des conditions telles que la persistance de la poche des eaux, pendant la deuxième période de l'accouchement, ne pouvait être qu'une éventualité rare. Il devient encore évident que si cette persistance n'était pas habituellement observée, cela ne prouve pas que la chose n'aurait pu avoir lieu, si les conditions fussent restées naturelles. (Les passages qui sont en caractères italiques ont été mis ainsi d'après mes indications. H. T. B.)

Mauriceau (Trad. par Chamberlain, London, 1710, p. 128)

dit : « Lorsque le travail est lent, l'action de marcher rend la dilatation de l'orifice interne *plus prompte* que le décubitus au lit ; les contractions sont plus énergiques et plus intenses, le travail n'est pas *à beaucoup près aussi long.* » Il dit encore (p. 157) : « Quatre conditions sont indispensables pour que le travail soit légitime et naturel : « la grossesse doit être à terme, *l'accouchement doit être rapide*.... (p. 158), sur la manière de diriger l'accouchement naturel. » Mais, la sage-femme peut se contenter de dilater délicatement l'orifice interne de la matrice, en y introduisant les extrémités des doigts, puis en les écartant.

Bard's Midwifery (4ᵉ édit., p. 817) : « Mais, bien que la parturiente ait une tendance naturelle à adopter le décubitus horizontal, il ne faut pas lui permettre de rester continuellement couchée, *tant que le col n'est pas complètement effacé.* »

La Motte (trad. par Tompkins, 1746, p. 154) : « Je l'autorisai à rester couchée jusqu'à ce que les contractions fussent devenues assez fortes ; *alors*, je la fis *lever* et asseoir sur les genoux d'une femme... et je *l'obligeai à rester là* jusqu'au moment où la tête fut *profondément engagée.* »

James's Merriman (p. 9) : « Durant la première et la *seconde* période du travail (jusqu'à ce que l'occiput pointe sous l'arcade pubienne. H. T. B.), on peut permettre à la parturiente de s'*asseoir*, se *tenir debout*, s'*agenouiller* ou *marcher*..., mais il *n'est pas avantageux qu'elle reste longtemps dans le décubitus horizontal.* »

Deventer, Dewees et d'autres parmi les plus vieux accoucheurs, *conseillent la rupture* quand la dilatation est complète.

Mᵐᵉ La Chapelle (Paris, 1821, p. 30) : « Pour moi, j'aime mieux *accélérer* la marche du travail et c'est ce que produit infailliblement la rupture des membranes. » (p. 52)... « *En appuyant aussi sur les muscles transverses du périnée et le releveur de l'anus*, surtout quand la tête est dans le vagin..., *je détermine un ténesme* qui force la femme à pousser, en même

temps qu'il *accroît sympathiquement le spasme de la matrice.* »

Guillemeau, déjà cité, aurait aussi connaissance de ce fait. « Lui faisant par en bas, et principalement vers le siège et l'os pubis, qui sont les deux extrémités du conduit naturel, *de petits linimens avec le bout et extrémités des doigts*, ayant premièrement rogné ses ongles de fort près, *ce qui fera irriter et aiguillonner la matrice* à l'expulsion du dit enfant. »

Smellie (Mc. Clintock, vol. II, p. 161) : « Les membranes ayant complètement dilaté l'orifice interne et progressant vers la partie inférieure du vagin sous la forme d'une poche globuleuse, je les rompis au moment d'une contraction, *tandis que la parturiente se tenait adossée au dossier d'une chaise* » (p. 164, n° 103). « La même année, je fus appelée auprès d'une autre pauvre femme que je délivrai moi-même. *Les membranes, la poche des eaux, la tête faisaient saillie* à travers l'orifice externe et la femme était appuyée contre le dossier d'une chaise.... J'arrivai juste à temps pour empêcher que l'enfant ne tombât à terre. »

Velpeau (trad. par Ch.-D. Meigs. Philadelphie, 1841, p. 344) : « C'est pourquoi, dans les accouchements réguliers, quand il n'y a point d'indication spéciale à remplir, il est inutile que la femme se *couche avant la rupture de la poche des eaux* »... (p. 346 et 347) «... Et l'on rencontre beaucoup de femmes qui ne savent pas faire valoir leurs efforts, qui ne savent point accoucher... C'est à l'accoucheur de faire leur *apprentissage... elles doivent pousser avec toute la force dont elles sont susceptibles*, comme si elles voulaient aller à la garde-robe. »

James's Burns (New-York, 1831, p. 353) : « A ce point de vue, on peut les laisser agir à leur volonté ; mais *il faut le plus possible leur faire quitter le lit*, à moins qu'elles ne se sentent épuisées.

4° Observations cliniques.

Occupons-nous maintenant de l'expérience actuelle acquise par les médecins sur les fonctions des membranes pendant le

travail. Malgré l'autorité de ceux dont j'ai cité l'opinion tout au début de ce mémoire, je veux bien admettre que, dans la pratique de beaucoup de praticiens et de sages-femmes, la rupture des membranes se fait à la fin de la première période de l'accouchement, que même dans la très grande majorité des cas. il peut en arriver ainsi. Mais, je me propose de démontrer qu'aujourd'hui comme jadis, les membranes sont placées, bien qu'indirectement, dans des conditions telles qu'elles ne sauraient rester intactes aussi longtemps qu'il adviendrait en dehors de ces conditions spéciales.

Les traditions s'attardent le plus longtemps parmi les personnes privées d'éducation, et certaines opinions ou coutumes du passé (nous en avons rappelé quelques-unes) représentent une sorte d'épouvantail pour les accoucheurs intelligents et consciencieux. Pour le prouver, il suffit de retourner à la littérature médicale actuelle.

Char.-D. Meigs (*Treat. on obstetrics*, 4 th. ed., 1863, p. 283), dit : « Je considère toujours comme un devoir d'empêcher sages-femmes et assistants d'exhorter la parturiente à pousser pendant la première période du travail, exhortations qu'elles ne manquent jamais de faire avec beaucoup de bienveillance, mais fort mal à propos.

Je lis dans Barnes (*Obst. medicine and Surgery*, p. 931) : « Pendant la première période, le principal devoir du médecin est de s'efforcer que le travail ne soit gêné en rien et qu'on n'intervienne en aucune façon. Il faut également déconseiller à la parturiente de chercher à s'aider en poussant. »

Ainsi, nous voyons que l'intervention dans le travail a lieu dès le début, même en l'absence du médecin. Celui-ci présent, il la déconseille. Mais, on ne peut nier que, pendant la deuxième période, il ne prenne lui-même une part trop active alors qu'il s'agirait surtout de ne pas gêner un processus naturel. J'emprunte les passages suivants à Cazeaux : « La plupart des femmes, s'imaginant hâter beaucoup la marche du travail en faisant valoir leurs douleurs, contractent leurs

muscles, poussent violemment et font des efforts incroyables dès le début. » Cela, évidemment, n'est pas approuvé... « Mais dans la seconde période, quand la tête s'engage dans l'excavation, appuie sur le périnée, c'est alors que l'accoucheur doit encourager la femme à pousser. « De même dans les derniers moments... il faut employer tous les moyens de persuasion pour les obliger à modérer un peu leurs efforts. » Il semblerait, en vérité, que la matrice avec son contenu fût une sorte de « machine » de fabrication divine, mais dans laquelle le Tout-Puissant aurait oublié de mettre des freins, et qu'il aurait cependant abandonné à l'homme la tâche de la diriger du mieux qu'il pourrait. Et cela, je ne le dis pas dans un esprit d'irrévérence pour un des auteurs les plus connus, mais seulement pour montrer en quelles conditions défectueuses, traditions et coutumes ont mis l'art de l'obstétrique. Nous lisons également à la même page : « Le doigt doit être introduit plusieurs fois dans le vagin durant la dernière période du travail, *pendant* les contractions et aussi dans l'intervalle des douleurs. »

Lusk s'exprime ainsi (*Science and Art of Midwifery*, 2e édit., p.213) : « Il incombe au médecin (de la conduite à suivre pendant la deuxième période du travail) de faire des examens répétés. »

Churchill (*Midwifery* Am., ed. 1886, p. 233) dit : « J'ai recommandé que la malade se couchât immédiatement *après* le commencement de la deuxième période. »

Il n'y a, je pense, qu'un *petit nombre* de médecins expérimentés *qui n'ont pas recours* à certains procédés de *dilatation digitale* pendant la première période du travail. Il est reconnu que *par les manœuvres nécessaires* pour compléter le diagnostic, l'orifice est souvent sensiblement dilaté. Une telle façon d'aider le travail ne doit pas être réservée pour les cas laborieux ; un support doux et intelligent (le doigt étant dans l'orifice) est avantageux dans *tous* les cas. » (Prof. W. Stevenson, F. R. C. S. E.)

Je pourrais presque multiplier les citations à l'infini pour faire voir qu'on cherche avant tout à obtenir une délivrance

rapide. Pour prouver aussi que non seulement la persistance de l'intégrité des membranes au delà de la troisième période du travail, est rendue impossible dans la très grande majorité des cas, par des interventions artificielles, voulues, systématiques, mais que, même dans les autres, elle est fortement compromise par telle méthode ou telle pratique, dont le but spécial n'est pas cependant la rupture de la poche des eaux.

Conclusions. — Nous voyons ainsi que ni des considérations théoriques, ni des recherches expérimentales, ni des données historiques, ni de l'observation clinique ne se dégage la notion que les membranes doivent naturellement se rompre à la fin ou à peu près vers la fin de la troisième période du travail.

Mais, avant d'exposer la réforme que je désire introduire, je tiens à déblayer le terrain en examinant en détail quelques-unes des autres objections formulées par le D^r Dumas.

Examen critique des autres objections.

Le professeur Dumas pose la question suivante : Quel genre de position vicieuse M. Bybord croit-il pouvoir rectifier *dans le bassin ?* Je dis que « les positions vicieuses de la tête dans le bassin » pourraient être « corrigées plus tard et plus facilement ». Les frottements jouent dans le travail un rôle plus considérable qu'on ne l'admet généralement (1). La présence des membranes et du liquide amniotique créent des conditions plus favorables à la rotation en avant dans les présentations en occipito-postérieures, à la réduction des présentations du front dans le bassin. Il serait plus aisé de tranformer une présentation en repoussant la tête au détroit supérieur ou au-dessus.

L'intégrité de la poche des eaux facilite la réduction du cordon prolabé par la « posture spéciale » que T. G. Thomas a

(1) Barnes. *Obst. operations*, ist. ed., p. 84.

préconisée, car elle retient le liquide amniotique dans la matrice et prévient cette complication que M. Duncan a nommée *expression*, et qui constitue le contre-temps le plus sérieux et le danger le plus considérable de l'accident en question. Bien que l'obligation puisse s'imposer de rompre les membranes à la fin d'une contraction et de procéder à la reposition manuelle, on a l'avantage jusqu'à la contraction prochaine, d'opérer alors qu'il reste encore une quantité considérable de liquide. Et, rarement, au moins pendant une douleur ou deux, on est gêné dans son intervention par cette « striction » spéciale de l'utérus qui, souvent, paralyse nos efforts lorsque au contraire le liquide amniotique est écoulé depuis un certain temps.

J'admets avec le professeur Dumas que « marcher » rend souvent les douleurs moins efficaces, mais, fort de l'observation clinique, j'affirme que cela les rend plus fréquentes et plus intenses. Or, moins efficace est une douleur d'une intensité donnée et plus grande est la pression subie par les membranes, plus grande est aussi l'épreuve à laquelle sont soumises les facultés de résistance de la parturiente, tant que l'orifice n'est pas dilaté. Toutefois, je ne vois pas d'inconvénient, quand la dilatation se fait lentement, à laisser la femme s'allonger sur un sopha, s'installer dans une chaise commode, jusqu'à ce que l'orifice ait acquis cinq centimètres de diamètre.

Le professeur Dumas s'exprime de la façon suivante, lorsqu'il soutient que le placenta se décolle par le même mécanisme que les membranes :

« La nature... tend toujours à son but par des moyens simples, elle tire du fonctionnement d'un même organe tout le parti possible. » Je prends la liberté d'appliquer ce principe économique de la nature à l'ensemble du travail :

1° La poche des eaux, précédant la tête, aide à la dilatation de l'orifice du col.

2° La poche des eaux, précédant la tête, aide à la dilatation du vagin et des orifices vaginal et vulvaire.

3° Sa persistance durant la première période du travail

empêche que les membranes ne s'affaissent, ne se rident, ne suivent l'utérus dans son mouvement de rétraction ; elle facilite leur séparation du segment inférieur de la matrice et seconde le travail de décollement qui s'accomplit sur toute leur surface.

4° Sa persistance durant la deuxième période du travail empêche que les membranes ne s'affaissent, ne se rident. Elle permet à l'utérus de les chasser plus loin et de les expulser avec le fœtus.

5° Sa persistance favorise l'expulsion du placenta en maintenant uniforme la dilatation du col et du segment inférieur de la matrice, jusqu'à ce que le placenta soit décollé et qu'il tombe dans le col ou dans le vagin. Mais elle sert également à prévenir le décollement prématuré du placenta, les désordres dans la circulation placentaire. Et cela, en assurant une réplétion partielle de la matrice tant que la tête n'est pas expulsée. Réplétion qui rend impossible une contraction excessive ou une rétraction exagérée au niveau de l'insertion placentaire, particulièrement dans le diamètre transversal.

Ces préceptes paraissent des déductions plus directes « du fonctionnement d'un même organe : tout le parti possible, par moyens simples. »

En réponse à cette question : « Combien de fois avez-vous vu la tête d'un enfant, né à terme ou avant terme, être revêtue, au moment de son expulsion, des membranes *intactes* ou être simplement coiffée ? » Je répondrai que je possède les communications de 313 accoucheurs portant sur 1,105 cas. De plus, j'ai un certain nombre d'autres réponses, mais moins précises.

Ainsi, de 9 médecins, chacun me donne une des suivantes :

« Très souvent » ; « beaucoup » ; « plusieurs » ; « un certain nombre de fois ». Un dit : « quelquefois. »

De 13 autres médecins, chacun m'envoie une de celles-ci :

« Très peu » ; « rarement » ; « de temps en temps » ; « pas souvent. »

Il ressort de ces réponses que nous pouvons prendre, en toute confiance, le nombre 1,000 comme exprimant le nombre

des cas observés actuellement pour servir de base à nos appréciations.

A la question : « Avez-vous jamais observé un accident causé, au préjudice de la mère ou de l'enfant, par la persistance des membranes? » Il sera répondu par les mêmes médecins :

Sur ces 1,000 cas, on a relevé 2 fois que l'enfant avait succombé : une fois *par la faute de la sage-femme, qui avait négligé de débarrasser l'enfant des membranes;* dans le second cas, on pensa que l'enfant avait péri noyé dans la poche des eaux avant l'arrivée du médecin, parce qu'on ne vit aucune autre raison pour expliquer la mort. Dans les deux cas, les enfants étaient à peu près asphyxiés ; proportion minime pour 1,000, il faut l'avouer.

14 médecins seulement font une classe spéciale pour les cas où les enfants sont nés avec les membranes encore intactes. Ils en ont observé 39; tous, sauf 3, notent qu'il n'est résulté aucun accident pour la mère et pour l'enfant. Les autres trois notent respectivement « un retard », ont vu « le travail prolongé » ; « seulement prolongé. »

Il y a dans ces observations la preuve bien nette que le placenta n'est pas atteint par le décollement des membranes, ou que son décollement ne s'effectue pas par un mécanisme semblable. La crainte que « ce décollement puisse facilement atteindre le placenta et supprimer... la circulation » n'est pas plus justifiée par ces faits que par aucun de ceux venus à ma connaissance, abstraction faite des cas d'insertion vicieuse. En tant que théorie, elle pèche en cela qu'on oublie que le placenta est d'une texture solide, qu'il est intimement uni à l'utérus, qu'il a une structure en quelque sorte alvéolaire, toutes circonstances qui le rendent éminemment apte à résister à une rétraction modérée de sa base d'insertion, tant que le siège n'est pas expulsé; à rester adhérent durant la même période, en dépit de contractions utérines, et à s'accommoder à un certain degré de rétraction utérine ou de retrait s'opérant suivant une seule direction.

Pour ce qui est des accidents observés chez les mères, il est noté, sur les 1,000 cas, trois déchirures du périnée s'étendant jusqu'au sphincter et une déchirure d'un col proéminent. On a signalé un cas de retard nuisible, un d'épuisement nerveux, un d'accident léger ; enfin, 68 fois des retards ou des contretemps sans importance. Un cas de mort, survenue à la suite de convulsions éclamptiques qui se seraient déclarées sous l'influence de la frayeur causée à la femme par la rupture des membranes tandis qu'elle urinait, ne saurait être raisonnablement mis sur le compte de la persistance de la poche des eaux pendant la deuxième période. En somme, ces chiffres n'ont pas une signification bien défavorable en ce qui concerne les mères, d'autant plus qu'on peut dire que, six ou sept fois p. 100, il importe, pour l'intégrité des parties maternelles, que le travail soit retardé. On est, en outre, en droit de supposer que les accidents dont il est question auraient pu parfaitement se produire si la poche des eaux se fût rompue plus tôt. Un certain nombre de ceux qui, arrivés tard près des parturientes, trouvèrent les membranes saillantes à la vulve, ont donné comme preuve que leur persistance avait été cause de retard, que l'accouchement s'était terminé immédiatement après leur rupture. Or, c'est précisément ce fait d'une délivrance rapide et dépourvue de tout accident lorsque la rupture a été retardée, qui m'engage à préserver les membranes aussi longtemps que possible. Nous avons bien plus besoin d'un semblable délai en obstétrique. Le professeur Dumas a dit avec raison (*Montpellier méd.*, août 1883) : « Et l'on sait combien la rapidité trop grande de l'accouchement exerce d'influence sur les déchirures étendues du périnée ».

Description de la méthode que je propose pour la conduite du travail.

Il nous reste maintenant à décrire les moyens qui sont à notre disposition pour tâcher de maintenir intacte la poche des eaux, jusqu'à ce qu'elle ait dilaté complètement ou en

partie les orifices vaginal et vulvaire. Je puis résumer la question en cinq mots et l'épuiser ainsi complètement, ou remplir cinquante pages d'explications et laisser cependant le sujet inachevé : *Let nature take her course* (*laisser la nature suivre sa marche*). Telle est la formule qui devrait terminer ce travail.

Mais la multitude des « Lilliputiens » de l'humanité ont tenu la nature si longtemps esclave qu'elle n'est pas en état d'affermir son indépendance. La femme sauvage, avec ses traditions barbares et sa brutalité effrénée ; la sage-femme moderne, avec ses avis officieux, son ergot, ses doigts importuns... ; le jeune accoucheur, avec ses expédients ingénieux pour accélérer l'accouchement, ses instruments de secours, sa confiance en lui-même et son mépris pour la nature aveugle ; la parturiente, avec ses frayeurs, ses appels, ses demandes de secours, sans compter l'excellent apprentissage qu'elles font « de pousser, de promener » ; enfin, les amis inévitables avec tout leur fonds de superstitions et de préjugés vieux ou modernes, toujours prêts à critiquer ou à donner des conseils ; tous ces gens-là constituent une sorte d'aréopage dont les délibérations et les actes sont au-dessus de tout *veto*. Mais ce parlement doit être dissous, un nouveau régime doit commencer.

Comme exemples de la méthode naturelle, j'ai réuni 9 cas dans lesquels les patientes ignoraient ou qu'elles étaient enceintes ou qu'elles étaient en plein travail, la deuxième période ayant été prise pour le début de la première. On ne leur avait appris ni ce qu'elles devaient faire, ni ce à quoi elles devaient s'attendre, ou l'ayant appris, elles ne savaient pas que le moment fût venu où elles devaient agir ou attendre. Quatre de ces cas appartiennent à ma pratique, trois des enfants étaient nés avant mon arrivée. Deux fois, les médecins avaient été mandés tard ; ni eux ni les parturientes ne se doutèrent qu'il s'agissait d'un enfantement qu'une fois le travail terminé. Dans un de mes cas et dans un des autres, les parturientes furent *volontairement* abandonnées à elles-mêmes pour voir ce qu'il adviendrait ainsi.

Dans six des huit cas où il s'agissait d'enfants à terme, la poche des eaux persista jusqu'après l'expulsion de la tête, qui se fit après une ou deux douleurs, bien qu'une fois elle fût tellement volumineuse qu'elle était devenue cylindrique sous l'influence des compressions subies. Dans les deux autres, le moment de la rupture des membranes n'a pas été noté.

Mais le caractère essentiel de ces accouchements est dans l'absence de ces phénomènes qui font qu'on ne peut comparer l'enfantement avec aucune maladie, qui en font une véritable agonie, une épreuve incomparable, unique, insupportable. Les femmes qui ignoraient qu'elles fussent enceintes prirent le lit comme s'il se fût agi d'une indisposition quelconque et se plaignirent fort peu. Les trois qui ne savaient pas que le travail était franchement déclaré restèrent étendues sur le lit, sur des sofas, habillées avec des vêtements amples, et ne songèrent à appeler le médecin que trop tard pour qu'il lui fût possible d'arriver à temps.

Dans trois cas, il s'agissait de primipares qui vivaient auprès de leurs mères. Or, dans l'un, le médecin fut obligé de dire à la mère que sa fille avait été en travail toute la journée; dans un autre, le bébé s'annonça lui-même ; dans le troisième, enfin, la vieille mère, au moment où l'accouchement se terminait, était dans une chambre voisine, et elle ne s'était pas encore rendu compte de la véritable nature de la nouvelle crise de coliques de sa fille.

On pourra dire de ces trois accouchements — bien qu'ils n'aient pas été choisis — qu'ils ne sont pas démonstratifs ; mais, sans discuter sur ce point, je demande de les tenir pour tels jusqu'à ce que l'art obstétrical ait produit quelque chose de mieux. Nous devons rendre, ou tout au moins nous efforcer de rendre le travail si facile que la patiente, qui s'attend à toutes les douleurs dont on l'a prévenue, ne se doute qu'elle est réellement en travail que lorsque celui-ci touche à sa fin. Ou s'il s'agit d'une primipare, qu'elle n'apprenne pas, si ce n'est vers la fin, qu'elle traverse une « crise » exceptionnelle. Mais l'accélération du travail par l'emploi de manœuvres « stimu-

lantes » ne devrait plus être considérée comme le moyen le meilleur et le plus humain à employer dans ce moment critique.

L'administration d'une préparation opiacée (destinée à diminuer les souffrances associées aux modifications organiques survenues dans l'utérus, le côlon, les autres tissus pelviens), et l'assurance que « la période critique était éloignée » ont souvent réussi, dans ma pratique, à procurer à la parturiente un repos complet de corps et d'esprit. Pendant ce temps, la poche des eaux descendait peu à peu, arrivait sur le périnée et le comprimait, ce qui décidait la femme à m'envoyer chercher, tout juste à temps. En cas de douleurs intenses et reconnaissant une origine nerveuse, pendant la première période, l'hydrate de chloral, les encouragements, etc., ont souvent un effet tout aussi heureux. Un ou deux vomitifs légers (antimoine ou ipéca) quand le travail est lent, ennuyeux, en raison d'une rigidité anormale des fibres, réussiront souvent, à l'exemple des nausées de la première période, à accélérer et à faciliter le travail. Toute l'activité de l'accoucheur doit s'employer à corriger les conditions anormales, et non à faire des examens répétés et à créer des conditions défavorables. Sa thérapeutique doit être basée sur l'appréciation des phénomènes de la période qui s'accomplit, et non pas viser seulement la terminaison de l'accouchement. Reposer sur le lit, sur un sofa, s'installer dans un siège commode, l'esprit parfaitement calme (allégé au moins de l'attente d'une période pénible et imminente), jusqu'à ce que le col commence à se dilater rapidement, se mettre alors au lit, à seule fin de se trouver plus à l'aise, voilà qui, en général, convient mieux aux parturientes que « marcher dans le but de *provoquer des douleurs plus fréquentes et plus énergiques*. Dernière façon de procéder qui risque de fixer l'attention de la patiente sur la terminaison attendue, mais qui peut être distante de plusieurs heures, car, sous l'influence de la douleur qui augmente sans cesse, chaque minute paraît alors une heure, heure d'attente impatiente vers le soulagement final. L'autre façon de procéder assure

à la patiente plus de confort et la met dans de meilleures conditions pour supporter le travail. Dans plus d'un de ces cas de délivrance dite « brusque et indolore », la dilatation s'opère peu à peu et *silencieusement* (d'abord c'est l'orifice interne, puis l'orifice externe) ; en réalité, le travail est commencé depuis plusieurs heures, depuis plusieurs jours, et il continue à s'accomplir d'une façon lente et naturelle, loin d'être rapide et anomal.

La tâche qui incombera au médecin pour annuler l'effet fâcheux des instructions déjà reçues par la parturiente, pour calmer ses appréhensions, son impatience, pour arrêter les mains infatigables de ses amis, faire taire les langues intarissables de ses conseillers ; cette tâche variera suivant les cas. La place où il convient le plus qu'il se tienne, c'est une chambre voisine de laquelle il peut tout entendre sans être vu. Cet éloignement ôte à la parturiente la crainte que quelque chose va mal dans l'accouchement, que peut-être une circonstance fâcheuse exige une surveillance constante; il lui évite enfin cette attente prolongée d'une délivrance rapide que crée la présence du médecin.

Les examens ne doivent être pratiqués que *rarement*, et *jamais*, durant une contraction. Il faut éviter d'exercer des pressions, des frottements sur les membranes avec les extrémités des doigts à la recherche des fontanelles qui, habituellement, peuvent être reconnues sans recourir à de pareilles manœuvres. La palpation externe, suivant la technique indiquée par Pinard, Budin, Mundé et d'autres, combinée avec la palpation vaginale du col et de la poche des eaux suffisent, la plupart du temps, pour cette constatation. La manière la plus sûre d'étudier l'état de la poche, ses modifications, sans risquer de compromettre l'intégrité des membranes, est de laisser le doigt explorateur inactif à l'orifice vaginal quand survient une contraction ; et d'être prêt, lors que celle-ci s'affaiblit, lorsque la poche des eaux ne subit plus le maximum de pression, à le promener délicatement sur celle-ci. Il faut bien prendre garde que l'extrémité du doigt ne soit pas assez rap-

prochée de la poche des eaux pour qu'il puisse la déchirer au moment d'une contraction ; et aussi, éviter de presser tellement sur le plancher pelvien ou sur l'orifice vulvaire que les membranes soient privées de support et qu'il puisse entrer de l'air dans le canal génital.

Il faut, autant que possible, tâcher de reconnaître, dès le commencement de la première période, s'il s'agit d'une présentation du sommet, du siège ou du tronc, et cela, en recourant aux méthodes usuelles, mais en évitant d'introduire le doigt dans l'orifice. On arrive à déterminer la position de la tête dans le bassin en glissant, aussi haut que possible, le doigt entre le col et le pubis. Si l'extrémité céphalique est transversalement placée, elle affecte avec les branches pubiennes des rapports parfaitement symétriques de chaque côté de la symphyse ; on trouve son côté large, uni, étendu transversalement et limitant avec le pubis une surface parfaitement triangulaire. Si la tête occupe une situation oblique, elle est en contact avec le pubis d'un seul côté. Si c'est l'occiput qui se présente et s'il est tourné en avant, la région sous-occipitale forme avec la face postérieure du pubis un angle très petit ; la partie la plus enfoncée de l'extrémité céphalique est globulaire et occupe la portion moyenne et antérieure de l'excavation. Si le front est tourné en avant, dans le cas, par exemple, d'une O. P., la tête butte contre le pubis en un point élevé, et l'angle que fait la région frontale avec la branche pubienne est beaucoup plus grand ; ce n'est plus une masse globulaire, mais bien l'extrémité relativement aplatie de la tête fœtale, qui constitue le côté fœtal de l'angle, côté qui est dirigé en bas et vers le point opposé et postérieur du bassin. La portion la plus basse de l'extrémité céphalique est située plus en arrière que cette même portion dans les cas de positions antérieures. S'il s'agit d'une présentation de la face, la forme, et la position de la tête par rapport à une des branches pubiennes (tissus moins durs, forme moins globulaire, situation plus élevée, région présentant des irrégularités caractéristiques) devront être rapprochées des renseignements fournis par la palpation externe. Quand on a affaire

à une présentation pelvienne, le côté de l'angle fœtal est plus mou, il cède plus facilement ; et cependant le détroit supérieur est occupé.

Si, malgré ces artifices, l'orientation de la tête fœtale n'avait pu être rigoureusement déterminée, les caractères suivants de la poche des eaux , joints aux résultats fournis par les investigations précédentes, suffiront habituellement pour résoudre la question.

Plus parfaitement la partie qui se présente remplira le rôle de valve, et plus ferme, plus tendue sera la poche des eaux; moindres aussi seront les changements dans les alternatives de systole et de dyastole utérines.

Dans les présentations de la face et du siège, quand le bassin est spacieux, la partie qui se présente joue imparfaitement le rôle de valve, aussi la poche des eaux est large, profonde, elle remplit de bonne heure l'excavation, et s'affaisse lentement dans les intervalles des contractions. Si cette action de valve est absolument nulle, les membranes descendent rapidement au moment de la douleur, et s'affaissent immédiatement après. Si, par suite d'une position transversale du fœtus, d'une malformation pelvienne, d'une obliquité extrême de la matrice, la partie qui se présente ne remplit pas le col, ne s'engage pas dans l'excavation, les membranes prennent une forme allongée très marquée (en forme de boudin, de battant de cloche, de cône, etc., etc.) avant que l'orifice soit largement ouvert et rétrocèdent dans l'intervalle des contractions.

Dans les présentations du sommet, cette action de valve est habituellement parfaitement réalisée. Souvent elle commence à s'exercer plusieurs heures, plusieurs jours avant le travail ainsi que je l'ai constaté maintes fois en portant mon doigt à travers l'orifice sur la poche des eaux quelque peu tendue. Sa forme, en semblables circonstances, pendant la période de la dilatation, dépend de la position de la tête. Dans les occipito-antérieures, la poche des eaux représente le segment d'une sphère dont la portion principale occupe le centre et la partie antérieure du bassin; dans les occipito-postérieures,

sa surface est dirigée en arrière ainsi que l'extrémité céphalique, aussi la portion la plus déclive occupe-t-elle la région moyenne et postérieure du bassin; dans les positions transversales, son plus grand diamètre est le transverse (ovoïde transversal) et sa portion la plus déclive correspond au centre du bassin ou se trouve un peu déjetée d'un côté. Quand l'orifice utérin a acquis un diamètre de 7 cent. 1/2, la tête commence à descendre avec la poche, elle agit à la manière d'un coin; bientôt, elle la chasse complètement hors de la cavité utérine, et la maintient tout à fait tendue même dans l'intervalle des contractions. Elle remplit tout l'espace utilisable du bassin, et projette vers la vulve, au moment des contractions, une petite poche ou poche sous-jacente, qui rétrocède après la douleur. La disposition de la poche des eaux, dans l'intervalle des contractions, est parfaitement représentée par la figure si connue de Braüne.

Sans doute, à partir de ce moment, sa forme dépend surtout de la résistance des tissus maternels. Il convient alors d'apprécier l'action de la poche précéphalique, les modifications subies par le périnée, et la situation de la tête. La poche fait peu à peu saillie à l'extérieur, elle persiste entre les douleurs, repousse les fibres antérieures du releveur de l'anus, et la fourchette en bas et en arrière, raccourcit la courbe périnéale et diminue la concavité du plancher pelvien. La tête, ainsi que permet de le constater le toucher rectal, est seulement à 3 ou 4 centimètres en arrière et refoule vers la région coccygienne la portion inférieure du rectum et le releveur de l'anus. Chez les primipares « *jeunes* », les orifices vaginal et vulvaire s'ouvrent ainsi peu à peu, jusqu'à ce que l'occiput s'y engage et franchisse la fourchette. Le dégagement de la tête, qui présente successivement ses plus petits diamètres, s'effectue alors rapidement, précédé par la rupture de la poche des eaux ou par l'affaissement des membranes. Chez les primipares qui ont déjà dépassé le premier quart de la vie menstruelle, les tissus (muscles et fascias) peuvent être fort rigides, et la tête fœtale volumineuse, de telle façon que

la poche sous-jacente (sub-pouch) n'exerce pas une action très efficace. Aussi, le périnée peut-il être distendu et aminci en son centre avant que les orifices vaginal et vulvaire soient suffisamment dilatés. Si, dans ces conditions, les dimensions de la tête et la rigidité des tissus sont absolument incompatibles avec la préservation de l'intégrité parfaite des parties molles, l'action de la poche, en tant qu'agent de la dilatation, peut être annulée; cependant elle aura, même dans ce cas, l'avantage de prévenir certaines lésions en s'opposant aux frottements exagérés. On peut, en ces circonstances, essayer de repousser la fourchette en arrière. Mais comme pareille manœuvre est souvent irréalisable dans ces cas de rigidité, sans lésions ou déchirure des tissus, il faut recourir aux méthodes « manuelles ou instrumentales » propres à régler la progression de la tête, pour éviter ou limiter la déchirure.

Il faut également bien se souvenir que les examens nécessaires pour apprécier tous les changements subis par la poche des eaux risquent fort de compromettre son intégrité; on doit donc s'en abstenir, sauf indications spéciales. En réalité, lorsqu'il a constaté que le travail est normal, le médecin doit attendre, pour prendre place auprès du lit de la parturiente, que la tête soit déjà arrivée sur le périnée, ce dont la femme est avertie; ou bien qu'il ait lui-même constaté que les membranes apparaissent à la vulve. Son devoir consiste à s'assurer, le plus tôt possible, que le travail est normal, à tâcher que sa cliente soit tranquille et rassurée, à la faire coucher en temps propice, à défendre les interventions inopportunes de ses amis, et à se confiner lui-même dans une chambre voisine. Il ne *doit jamais* pratiquer des examens pendant les contractions et en être très sobre tant que les membranes ne sont pas descendues jusqu'à la vulve. Si elles se sont rompues avant qu'il en soit ainsi, il doit examiner la femme plus souvent. Mais aussi longtemps qu'elles restent intactes, il convient de ne rien faire, d'attendre que les parties soient dilatées, la tête parfaitement moulée, que tout soit en définitive bien

disposé pour une délivrance prompte et dépourvue de tout danger.

En terminant, je rappellerai cette proposition formulée par M. Duncan, il y a environ dix années (jan. 26, 1876) : « Il semble que, dans l'évolution Darwinienne de l'espèce, le crâne ait augmenté en volume plus rapidement que les parties constituantes du canal génital n'ont gagné en dimensions et en extensibilité. Car il est difficile de considérer comme définitive, « comme un arrangement final », une disposition en vertu de laquelle le col de l'utérus se déchire aussi souvent en donnant passage au fœtus ; remarque qui s'applique aussi bien aux déchirures du vagin, de l'orifice vaginal et du périnée. »

Ces conclusions sont bien en harmonie avec la logique de la pratique obstétricale moderne. Mais il m'est impossible de me figurer que ce déplorable état des choses réponde plus à une disposition *intermédiaire* qu'à un arrangement final. Non, *notre* arrangement ne peut être l'arrangement final. Après seize ans d'association avec des médecins, je dois confesser que c'est une honte pour notre profession, de voir la pratique obstétricale réglementée, au nom de la science, sur les souffrances des femmes.

C'est surtout en vue d'un arrangement meilleur et définitif, que j'encourage à étudier le rôle des membranes durant la deuxième période du travail.

PALUDISME ET PUERPÉRALITÉ.

Contrairement aux idées d'Antoine Petit et de Pitre Aubinais, il paraît actuellement établi que la grossesse ne constitue pour la fièvre intermittente ni une immunité ni une prédisposition.

En quoi s'influencent ces deux états lorsqu'ils coexistent, tel est le sujet auquel M. Bonfils, ancien externe de la Clinique d'accouchements a, sous les auspices du professeur Verneuil

et de M. Pinard, consacré sa thèse inaugurale(1). N'ayant à sa disposition que deux observations personnelles, il s'est livré à des recherches bibliographiques consciencieuses qui lui ont permis de rassembler 140 observations. C'est à l'aide de ces documents et des mémoires de Pitre Aubinais, Duboué, Ritter, Dupuy, Bureau, Göth, Pasquali et Bompiani, Mangiagalli, etc., qu'il a essayé de nous donner l'état actuel de la science sur les différentes questions se rattachant à l'influence réciproque du paludisme, de la grossesse, de l'acouchement et des suites de couches.

I.

Les observations de J. Schramm, de Roux, de Mendel prouvent qu'une femme enceinte peut avoir des accès de fièvre intermittente assez prolongés et mal soignés sans qu'elle-même ou l'enfant paraisse en souffrir. Toutefois, c'est là l'exception, et le plus souvent la malaria fait sentir son influence qui varie d'ailleurs suivant le degré plus ou moins avancé et la gravité de l'infection, suivant sa durée, suivant la thérapeutique instituée.

Contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, s'appuyant sur 105 observations de paludisme pendant la grossesse et sur celles qu'ont recueillies Göth de Klaussemburg et Pasquali à l'Institut de clinique obstétricale de Rome, Bonfils montre que l'avortement est relativement beaucoup plus rare que l'accouchement prématuré.

Sur ses 105 observations, Bonfils trouve seulement 12 avortements, tandis qu'il note 61 accouchements prématurés.

Les différents types de fièvre intermittente peuvent produire l'avortement, dont la date dépend de l'époque de la grossesse à laquelle les accidents se sont montrés, et dont les causes principales semblent être l'intensité et la durée des accès.

---

(1) L. Bonfils. *Paludisme et puerpéralité*. Paris, 1885. (G. Steinheil, éditeur.)

Il en est de même pour l'accouchement prématuré. Presque toujours la cachexie palustre, qui quelquefois, d'après Pasquali et Bompiani, se complique d'anémie pernicieuse progressive, cause l'accouchement prématuré.

32 fois seulement la grossesse a atteint son terme, et il semble, en examinant de près ces observations, que les femmes qui arrivent à terme soient celles qui n'ont eu que des atteintes de paludisme légères, de durée assez courte, ou qui ayant eu de violents accès de fièvre, voire des accès pernicieux, ont été soumises à un traitement énergique par le sulfate de quinine (Dupuy, Mangiagalli, Pasquali, Bompiani).

Parmi les causes multiples qu'on a invoquées pour expliquer cette action du paludisme sur l'interruption de la grossesse, celles qui paraissent jouer le plus grand rôle sont les congestions viscérales qui se produisent sous l'influence du frisson, et l'élévation de la température. Pasquali et Bompiani ont pu parfois constater, dans ces conditions, lors de frisson intense et d'hyperthermie, des contractions manifestes de l'utérus, suffisantes pour amener le décollement du placenta.

Dans la cachexie palustre il faudrait faire intervenir d'autres éléments : l'anémie (Dupuy), la compression de l'utérus par les viscères hypertrophiés, et enfin des lésions du placenta (diminution de volume et flaccidité, hémorrhagies interstitielles, exsudats fibrineux, dégénérescence graisseuse de presque toute l'épaisseur des cotylédons, décollement total entre la caduque utérine et la caduque réfléchie qui apparaît comme un épais gâteau rouge jaunâtre sur la face externe du chorion (Pasquali et Bompiani).

De nouvelles recherches sont indispensables au sujet de ces lésions que Bonfils, avec l'aide de M. Gombault, a en vain recherchées dans les deux cas qui lui sont personnels.

Le fœtus succombe souvent (33 fois sur 105 cas) et alors, dans la majorité des cas, c'est que les mères sont atteintes de fièvre depuis fort longtemps et se trouvent dans un état de cachexie extrême. La mort du fœtus peut résulter de l'hyperthermie,

de l'anémie extrême de la mère, des troubles de la circulation placentaire survenant sous l'influence des secousses violentes du frisson, et peut-être aussi de l'action directe, à travers le placenta, du principe infectieux sur l'organisme fœtal.

Certains auteurs tendent en effet à admettre que le paludisme survenant chez une femme enceinte peut se propager de la mère au fœtus.

Guiraud, Schuring, Steiner auraient observé des accès de fièvre intermittente chez le fœtus, accès caractérisés par des mouvements désordonnés pendant l'accès maternel.

D'autre part, 13 cas rassemblés par Bonfils, dans lesquels les nouveau-nés, aussitôt après la naissance, alors qu'ils n'avaient pas eu le temps d'être soumis à l'influence palustre des pays dans lesquels ils étaient nés, furent pris de fièvre intermittente, prouveraient l'existence du paludisme congénital.

Quoi qu'il en soit de ces questions dont la solution définitive est du ressort de la bactériologie, les enfants nés de mères paludéennes sont faibles, débiles, pâles comme des fébricitants (de St-Romes, Göth) ; leur poids et leurs dimensions sont notablement au-dessous de la normale, la mortalité est beaucoup plus grande. Ils seraient prédisposés à la scrofule, à la tuberculose. Quant au rachitisme paludéen décrit par Oppenheimer, Verneuil et à sa suite Bonfils le révoquent en doute.

On voit qu'en définitive la grossesse est fortement influencée par le paludisme. A son tour influence-t-elle ce dernier ?

Pitre Aubinais et Burdel admettent qu'il existe une certaine prédisposition pour les femmes enceintes à contracter la fièvre intermittente, car, disent-ils, la grossesse est une cause certaine de fatigue et d'anémie pour la femme. Il nous semble que Bonfils admet beaucoup trop facilement cette proposition qui dans tous ses points demanderait démonstration.

Dans 9 cas il a relevé un réveil du paludisme pendant la grossesse qui pourrait dans certains cas amener une transformation des accidents palustres, par exemple des accès simples

en pernicieux. Il n'a pu rassembler que 8 cas de formes larvées (hémorrhagies ou névralgies), et dans 2 cas seulement la grossesse lui a semblé avoir joué un rôle dans l'apparition de ces formes larvées.

Ce sont là autant de points qui nous paraissent insuffisamment éclaircis, et il nous semble que Bonfils aurait dû faire à leur sujet de sérieuses réserves.

II.

Lorsque, au moment du travail, la femme est sous l'influence du paludisme aigu, l'expulsion du fœtus se ferait plus rapidement (Schuring, Dupuy, Pitre Aubinais).

Au contraire la cachexie palustre doublerait la durée de la période de dilatation (Göth, Dupuy), et souvent il faudrait accoucher et délivrer les femmes. Cette lenteur du travail notée dans 15 des observations rassemblées par Bonfils s'explique assez par la débilité de la femme sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir des altérations du muscle utérin analogues aux myopathies palustres décrites par Vallin.

La rémission notée par Ritter et Spiegelberg au moment de l'accouchement dans les formes aiguës du paludisme, et que ces auteurs attribuaient à l'hémorrhagie, est niée par Göth et Dupuy qui ont vu des accès survenir pendant l'accouchement ou quelques heures après, malgré une perte de sang abondante.

III.

Outre le retard de l'involution utérine (Bureau, Dupuy), le caractère sanguinolent des lochies, les suites de couches chez les paludiques présenteraient assez souvent des hémorrhagies (Bureau, Pasquali, Cuzzi, Mangiagalli) hémorrhagies qui, dues aux changements de la pression sanguine amenés par le frisson, surviendraient le plus souvent soit après un accès de fièvre soit pendant l'accès même.

La sécrétion lactée serait supprimée pendant l'accès de fièvre (Pitre Aubinais, Dupuy, Bureau) ; elle reparaîtrait après, mais moins abondante.

Le lait, modifié dans sa composition, pourrait d'après Bourdin, Somma de Naples, devenir le véhicule de l'intoxication palustre de la mère à l'enfant, fait révoqué en doute par Mangiagalli et Burdel et que Bonfils considère à juste titre comme très discutable.

Le phénomène le plus saillant des suites de couches chez les femmes paludiques est le réveil des manifestations palustres, probablement sous l'influence du traumatisme et de la débilitation produits par l'accouchement.

Ce réveil du paludisme dans les suites de couches, admis depuis longtemps par Béhier (1864), Duboué, Spiegelberg, Moriez, Billon, Ritter, Bureau, a été mis hors de doute dans un travail très important du professeur Cuzzi de Modène, publié dans les *Annali di Ostetricia* de 1880.

De 33 cas qu'il a rassemblés, Bonfils conclut que c'est à une époque très rapprochée de l'accouchement, dans la première semaine, que se produit le plus ordinairement le réveil du paludisme.

Le troisième jour après l'accouchement est l'époque à laquelle ce réveil semble se faire le plus souvent, probablement sous l'influence de la légère élévation de température, de l'excitation générale de l'organisme qui accompagnent la sécrétion lactée (Godinat et Dupuy.)

Les accès conserveraient pendant les suites de couches une périodicité parfaite, caractère important pour le diagnostic (Billon). Mais Spiegelberg et Ritter pensent au contraire que les types de fièvres réguliers sont très rares pendant les suites de couches.

Les suites de couches prédisposeraient surtout les femmes aux formes graves du paludisme (Duboué et Göth).

Enfin, dans certains cas, sous l'influence des suites de couches, la fièvre palustre prendrait le masque de l'infection purulente ou d'une péritonite (Barker Fordyce).

Il suffit de lire ces conclusions pour se rendre compte de la difficulté que présente le diagnostic entre les manifestations diverses de l'infection puerpérale et le paludisme réveillé pendant les suites de couches.

Même époque d'apparition, mêmes irrégularités dans l'apparition des accès fébriles, même physionomie. On a dû souvent prendre l'un pour l'autre.

Cela est si vrai que Béhier, observant dans un milieu comme Paris, où certes les réveils d'intoxication palustre pendant les suites de couches ne sont pas communs, a pu avancer que les accès de fièvre qui surviennent chez les nouvelles accouchées ne sont *très souvent* que des récidives de fièvres paludéennes subies par les femmes jadis, fièvres qui se réveillent sous l'influence de la dépression que la grossesse et surtout l'accouchement ont imposée à l'économie.

Aussi aurions-nous voulu voir M. Bonfils se livrer à une critique approfondie de ses 33 observations, dont plusieurs ne sont nullement convaincantes, et insister sur ce chapitre diagnostic, de tous ceux de sa thèse le plus important.

C'est toujours par exclusion, avec toutes sortes de réserves qu'on doit porter le diagnostic de fièvre intermittente chez une puerpérale et encore, alors qu'on en serait dix fois convaincu, faudrait-il, en même temps qu'on administre le sulfate de quinine, instituer un traitement antiseptique intra-utérin. S'il est en effet dans ces conditions une chose à craindre, c'est de lâcher la proie pour l'ombre.

IV.

Lorsqu'une femme est prise d'accès de fièvre pendant sa grossesse, doit-on ou ne doit-on pas administrer le sulfate de quinine ?

Petit Jean, dès 1845, et plus récemment Monteverdi de Crémone, en 1870, pour ne citer que les principaux, ont soutenu que le sulfate de quinine et ses sels, ayant une action élective

sur l'utérus gravide pouvaient amener l'avortement, l'accouchement prématuré, réveiller les contractions utérines ou les renforcer pendant le travail. Dans 17 cas, Monteverdi aurait observé l'avortement ou l'accouchement prématuré chez des femmes ayant pris du sulfate de quinine.

Les contractions utérines développées sous l'influence de la quinine, au lieu d'être tétaniques, continues, et par conséquent dangereuses pour l'enfant et la mère comme celles du seigle ergoté, seraient intermittentes comme les contractions physiologiques.

Il résultait de ces recherches que la quinine était contre-indiquée chez les femmes grosses.

Niée par Briquet (1855), battue en brèche depuis lors par de nombreuses observations, cette prétendue action abortive du sulfate de quinine, ainsi que son influence sur l'inertie utérine, ont été définitivement démontrées nulles dans un excellent mémoire publié en 1873 par Chiara, professeur à Milan, et basé sur 40 observations. Wood et Chirone, Ackermann, Campbell, Pasquali, Pinard, sont arrivés aux mêmes résultats.

De sorte que, pendant la grossesse, le praticien devra s'il y a lieu administrer le sulfate de quinine, sans crainte, et persuadé même que dans les cas de fièvre intermittente cette thérapeutique est la meilleure pour empêcher l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Mais si le sulfate n'est pas abortif, n'a-t-il pas du moins une action nuisible sur le fœtus.

Porack aurait remarqué une diminution de poids, un écoulement de méconium chez les enfants dont les mères avaient pris 1 gramme de sulfate de quinine pendant la grossesse. Runge, qui est arrivé à peu près aux mêmes résultats, conclut de ses recherches que malgré tout la quinine est un médicament trop précieux, et ses effets sur le fœtus sont trop minimes, pour qu'on renonce à y recourir chez les femmes grosses.

Il en sera de même chez les nourrices, car, contrairement à ce qu'a avancé Burdel, la quinine, même administrée à la

dose de 3 grammes, ne passe pas dans le lait, et ne peut, par conséquent, déterminer les intoxications qu'on lui a attribuées (Runge).

H. V.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE.

Séance du 8 juillet 1886.

M. Doléris présente :

1° Au nom de M. Richelot, un **utérus double** qui a été enlevé par l'hystérectomie vaginale (fibromes multiples, rétroversion, enclavement de l'utérus, sciatique double, impotence presque absolue). Hémostase, à l'aide de pinces à forcipressure appliquées sur les ligaments larges. Guérison ;

2° Une note personnelle sur l'**hémostase dans l'hystérectomie vaginale** ;

3° Une **longue pince à pression** (pince-clamp) démontante, destinée à la compression hémostatique des ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale.

De l'écouvillonnage antiseptique de l'utérus dans les cas de rétention placentaire.

DISCUSSION.

M. Pajot. — Il n'accepte la méthode proposée par Doléris, que *pour des cas exceptionnels.* Quand le danger est imminent, il l'a déjà dit, il ne faut pas hésiter. Comme méthode de pratique générale, il la repousse. Elle exige l'abaissement de la matrice. Or, à son avis, cette manœuvre est dangereuse, elle peut avoir des conséquenees fâcheuses, immédiates ou éloignées. D'ailleurs, avec un peu d'adresse, on peut parfaitement conduire les instruments (curette, pinces) dans la cavité utérine sans qu'il soit nécessaire d'abaisser la matrice. La méthode est une méthode de nécessité, elle doit être repoussée en tant que méthode générale.

M. Dolèris. — Il n'est pas douteux qu'avec un peu d'adresse et d'habitude on réussit à introduire assez aisément dans la cavité utérine les instruments nécessaires à l'extraction des reliquats placentaires. Mais je certifie que M. Pajot attache trop d'importance à la manœuvre qui consiste dans l'abaissement de la matrice. L'abaissement est facile à exécuter sans violence, sans provoquer de douleur. Comment en serait-il autrement? Il ne faut pas oublier, en effet, qu'aux cours de l'expulsion pendant l'accouchement, le col, incomplètement dilaté, est parfois poussé par la partie fœtale jusqu'au voisinage de la vulve. Parfois aussi la lèvre antérieure du col est serrée entre la symphyse pubienne et la tête de l'enfant, et il est fort difficile de la dégager. Enfin, lorsqu'on applique le forceps à lames étroites dans un col qui n'est pas encore arrivé au maximum de la dilatation, il est constant qu'aux premières tractions on abaisse le col utérin d'une façon autrement violente que par le procédé que j'indique pour le curage. Remarquez maintenant qu'il s'agit d'un utérus vidé partiellement et qui a repris sa forme première, car le fœtus, et tout ou partie du placenta sont expulsés. Les ligaments assouplis et allongés par la gestation viennent d'être notablement soulagés de l'allongement forcé que leur imposait l'élévation de l'utérus gravide. Cet utérus qui, plein, atteignait ou dépassait naguère l'ombilic, dépasse à peine la symphyse pubienne une fois l'avortement en partie effectué. Il y a donc dans ces ligaments de l'élasticité de reste pour abaisser le col à la vulve. En fait, la manœuvre est insignifiante. Elle est, je l'ajoute, indispensable pour opérer convenablement. Introduire l'instrument sans abaisser l'utérus, est possible, mais le guider sûrement, répéter quatre et cinq fois son introduction, curer complètement, rigoureusement, en un mot, me paraît fort difficile. Il faut avoir essayé des deux procédés, comme je l'ai fait, pour s'en convaincre. Essayez et vous verrez. Il n'y a pas de comparaison. L'abaissement a de plus l'avantage de rectifier le trajet du conduit utérin, il fait cesser les flexions qui sont la règle après l'avortement, il facilite d'autant la pénétration des instruments. Il maintient suffisamment la matrice, si l'abdomen est trop douloureux pour qu'un aide ne puisse pas appuyer sur le fond de l'utérus par la paroi abdominale sans faire souffrir la malade. Je ne saurais, sans me répéter, recommander trop chaudement, quant aux différents temps de la manœuvre opératoire, l'exécution des préceptes que j'ai émis. Quant aux résultats opératoires, ils sont excellents;

vous avez maintenant les preuves sous les yeux en ce qui concerne ma pratique du moins.

M. Porak. — A l'hôpital Saint-Louis, en raison même de la fréquence des affections syphilitiques, il a eu l'occasion d'observer de nombreux avortements. Dans la plupart des cas, il n'a eu qu'à attendre. Presque jamais, il n'a eu à intervenir,

M. Guéniot. — Il a également constaté, qu'en effet, dans les avortements, dans les fausses couches, le col est abaissé. La femme semble vouloir se débarrasser de l'œuf et de la matrice, *en masse*. Au point de vue de la pratique à suivre, il est de l'avis de M. Pajot. Presque toujours, les choses marchent à souhait, quand la fausse couche est bien conduite. La nécessité de l'intervention est très rare, celle de l'abaissement de l'utérus exceptionnelle. L'intervention proposée par M. Doléris est, quoi qu'on puisse dire, violente ; les tractions sur le col répugnent, c'est là une méthode qui doit être réservée pour quelques cas particuliers.

M. Pajot. — Il a vu beaucoup d'avortements. Et il résulte d'une expérience de plus de quarante ans, que 97 *fois pour* 100 *l'œuf sort seul.* Mais il n'en est pas ainsi quand on tourmente l'utérus, quand on veut, quand même, extraire un placenta incomplètement engagé dans le col. Il arrive aussi des accidents quand on administre, mal à propos, le seigle ergoté, etc. *Tant qu'il n'y a pas d'odeur, pas d'intervention. Il faut attendre, se borner à faire des injections antiseptiques.* Il y a dans un avortement, dans toute fausse couche, une question capitale, *le placenta est-il décollé, est-il adhérent ?*

Décollé, il est voué à la putréfaction. Pour la prévenir, les injections antiseptiques sont utiles. Si la putréfaction se produit, il faut extraire le délivre, sans quoi la femme est morte. Procédez à cette extraction, en ne vous arrêtant que devant la violence.

Le placenta est-il adhérent? Il reste peut-être un cotylédon, comme dans une des pièces que voici (1). Et on propose de racler l'utérus. Mais où racler? Qui vous dit que vous n'allez pas racler où il n'y a rien ? Faut-il

(1) Le professeur Pajot montre à ses collègues deux utérus provenant de femmes mortes dans son service à la suite de rétention placentaire. L'une d'elles était arrivée à la Clinique le neuvième jour après le début de l'avortement. Elle était, lors de son entrée à l'hôpital, en pleine péritonite. Elle mourut le surlendemain. — Sur la pièce qui provenait de l'autre malade, on voyait un débris de caduque au niveau de l'insertion placentaire. R. L.

racler au hasard toute la cavité utérine ? Pensez-vous que ce soit là une manœuvre absolument indifférente ? J'ai deux faits présents à la mémoire. L'un de la pratique de M. Courty. Il avait fait, chez une femme, le raclage de la cavité utérine. L'opération faite, il avait dû s'absenter, et, le lendemain, j'étais appelé auprès de cette femme ; je la trouvai sous le coup d'une péritonite intense. Elle mourut. Le second fait, tout récent, appartient à un chirurgien des plus en vogue. Il avait fait, lui aussi, le raclage de la matrice, et pendant plusieurs jours la vie de sa cliente a été en grand danger.

Non, une semblable opération n'est pas exempte de danger. *Le plus étonnant même, c'est que les accidents ne soient pas plus nombreux.* Quand on lit le mémoire d'Engelmann, œuvre qui révèle un homme expérimenté et d'un jugement droit, on voit que les accidents les plus graves peuvent se développer à la suite des manœuvres les plus simples pratiquées sur la matrice, à la suite du simple cathétérisme. Et vous affirmez que le raclage, que l'écouvillonnage, précédés de l'abaissement de la matrice, sont toujours inoffensifs. Non, la bonne méthode, *c'est d'attendre les indications, en se bornant à faire des injections antiseptiques.*

M. Doléris n'a rien à objecter à M. Porak qui dit n'avoir eu que très rarement à intervenir, malgré la fréquence des avortements à l'hôpital Saint-Louis. M. Budin, lui aussi, est contre l'intervention, mais il ne faut pas oublier qu'il y a une différence capitale entre l'avortement qui est en train de se faire et le fait avéré de la rétention. Les conditions du milieu dans lequel les choses arrivent sont aussi d'une extrême importance. A l'hôpital, tout est pour le mieux : antisepsie rigoureuse, intervention assurée, si besoin est, etc. Mais que cela diffère de ce qui arrive dans la pratique privée. Il faut, dit-on, attendre l'apparition des accidents. Déjà, il va être trop tard. Et l'on n'est pas appelé tout de suite. La malade succombe, ou si elle en réchappe, ce n'est parfois qu'au prix de complications qui la laisseront impotente pendant plusieurs années. Il en est qui se retranchent derrière les considérations suivantes : si l'issue est fatale, la responsabilité est bien moindre quand on n'a rien fait. On est toujours prêt à mettre la mort sur le compte de l'intervention. Ce sont là de pauvres raisons.

D'ailleurs, si l'opération est promptement, régulièrement exécutée, le succès est certain. Antisepsie rigoureuse, intervention méthodique mais résolue, en voilà les garanties. Quoi qu'on puisse dire, l'abaissement, la dilatation, le curage de l'utérus ne sont pas des actes anti-

obstétricaux. En particulier, l'abaissement de la matrice est une manœuvre non douloureuse, dépourvue de danger et qui rend les opérations *in utero* incomparablement plus simples et plus sûres. M. Pajot a dit : 95 fois p. 100, l'œuf sort seul. Soit, le chiffre est peut-être contestable. Eh bien, la méthode que je propose s'appliquera aux 5 autres cas. Quant à la distinction qu'il croit toujours nécessaire, du décollement ou du non décollement du placenta, je persiste à la tenir pour inutile.

1° Vous ne savez pas, vous ne pouvez savoir si le délivre est décollé ou non, s'il l'est entièrement ou partiellement.

2° Décollé ou non, il est suceptible de se putréfier. Dans l'une des pièces présentées par M. Pajot, il n'y avait qu'une parcelle de caduque *adhérente* et cependant putride.

Enfin, ces deux pièces constitueraient, s'il était besoin, deux preuves très éloquentes en faveur de l'intervention qu'on discute. Si, dès qu'il y avait eu rétention, on avait vidé ces utérus, les deux femmes ne seraient pas mortes.

Pajot invoque la difficulté qu'on aurait eue à aller droit au corps du délit. Il y a là quelque exagération. Il est établi que la curette permet d'effectuer un curage, un grattage parfait. Elle constitue un instrument excellent, on le trouve un peu trop brutal, dangereux même. Il y a un peu de vrai dans ces reproches. C'est pour cela que j'ai imaginé l'écouvillon ; il sera plus facilement accepté par tous, surtout par les timides. Quant à l'efficacité et à l'innocuité de la méthode, elles sont prouvées par des milliers de faits (1). A ces milliers de faits, on en oppose quatre ou cinq. Celui tiré de la pratique de M. Courty, entre autres. Mais l'objection tombe d'elle-même. Pour qu'elle fût valable, il faudrait que les accidents fussent survenus malgré l'observation d'une antisepsie rigoureuse. Autrefois, avec la laparotomie, on tuait presque toutes les femmes qui se laissaient opérer ; on les sauve presque toutes aujourd'hui. En ce qui concerne l'écouvillonnage de la matrice, je n'ai eu, pour ma part, que des succès.

M. Guéniot. — Il est absolument stupéfait d'entendre parler de *milliers* d'observations de grattage de la matrice, sans qu'il soit survenu *un seul* accident. Il a vu des pièces, présentées par M. Gallard, et qui provenaient d'une femme emportée par des accidents qui s'étaient développés à la suite d'une simple application de spéculum. Il

(1) M. Doléris lit une série de citations en faveur du curage.

a vu également une femme qui avait succombé à la suite de l'ablation de kyste vulvaire. Cette terminaison malheureuse donna lieu à un travail de M. Normand : *Des contre-indications des opérations pratiquées sur l'appareil génital.* Le Dr Dupuy a également signalé des faits de perforation de l'utérus. Guéniot considère comme impossible qu'il ne soit survenu aucun accident sur le grand nombre des observations invoquées par M. Doléris. Ces observations, d'ailleurs, ne lui paraissent pas complètes, et cela seul empêche qu'elles soient concluantes.

M. Doléris. — M. Guéniot s'étonne bien à tort. Il n'y a rien d'étonnant à ce que des hommes qui ont monopolisé dans un immense établissement obstétrical et gynécologique à peu près tous les cas pathologiques d'un pays ou d'une région pendant dix à douze années, aient eu l'occasion de se servir de la curette plus de mille fois. Je ne compare pas mes chiffres à ceux-là, mais je ne crains pas d'affirmer que, pour ma part, j'ai, depuis cinq ans, usé de l'écouvillon ou de la curette des centaines de fois, et je suis à constater un accident. Les faits malheureux que M. Guéniot invoque sont du même ordre que ceux invoqués par M. Pajot et je leur ferai la même réponse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances du 2 juin — 28 juin 1886.

M. Terrier communique une observation d'**Hystérectomie vaginale pour un cancer du col** (épithélioma pavimenteux lobulé).

Antisepsie rigoureuse pendant et après l'opération. Suites opératoires très bonnes. Guérison. — Une seule modification dans le procédé opératoire. Au lieu de lier les ligaments larges, T..., pour assurer l'hémostase, les a pris dans deux longues pinces.

Des deux malades, opérées antérieurement, l'une est parfaitement bien portante et ne présente aucune trace de récidive après plus d'un an. L'autre, après six mois, est dans un état de santé aussi satisfaisant.

M. Trélat. — Une malade qu'il a opérée dans des conditions semblables et dont il a communiqué l'observation à la Société, reste aussi, après onze mois, sans traces de récidive. — Etat actuel excellent.

M. Périer communique, au nom de M. Poncet, une observation d'**inversion utérine**. Excision de la tumeur au moyen de l'anse élastique. L'utérus est tombé le vingtième jour. Guérison. — L'intervention a été presque indolore, circonstance intéressante, puisque M. Guéniot a signalé « *la sensibilité du tissu* » comme permettant de distinguer l'utérus inversé d'un fibrome.

M. Tillaux. — L'insensibilité n'était pas absolue. Chez une malade présentée à la Société et qui était atteinte d'un fibrome, il eût été fort difficile de dire, *a priori*, où s'arrêtait la tumeur. Or, l'exploration de la sensibilité à l'aide d'une épingle révéla une insensibilité parfaite au niveau du néoplasme. Au delà, la sensibilité réapparaissait.

MM. Sée et Polaillon sont d'avis que la recherche de la sensibilité ne saurait fournir un moyen sûr pour le diagnostic différentiel. Dans un cas, P....., croyant avoir affaire à un fibrome, opéra sa malade, sans anesthésie préalable. L'examen, post-opératoire, démontra que le prétendu fibrome n'était autre chose que l'utérus inversé. L'opération avait cependant pu être faite, à l'insu pour ainsi dire de la malade.

M. Guéniot. — C'est en 1868 qu'il a signalé la sensibilité du tissu, comme permettant de reconnaître l'utérus inversé. Il joignait en outre à ce signe un autre élément très important pour le diagnostic différentiel : la consistance et la résistance de la tumeur lorsqu'on y enfonce une aiguille.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BERLIN.

Séance du 26 février 1886.

Présentations. — M. E. Cohn. **Méningocèle volumineuse** chez un enfant né depuis vingt heures. Elle siège à la partie antérieure du crâne. Le cerveau est prolabé. La scissure interhémisphérique est très apparente, de même l'hémisphère gauche. Le droit, plus petit, est divisé en deux lobes. Une méningocèle, plus petite, existe au niveau de la petite fontanelle.

2° Une **malformation de la tête** chez un enfant du sexe féminin, vigoureux, âgé de 8 jours. Il s'agit d'une **encéphalocèle frontale**. Les os frontaux, d'apparence normale, sont fortement écartés l'un de

l'autre. Il en est de même des yeux. Il y a arrêt de développement du nez. Les narines, incomplètement formées, sont séparées par une fente limitée de chaque côté par les ailes du nez, qui sont rudimentaires.

Le maxillaire supérieur est normal. L'occiput est petit et paraît aplati d'avant en arrière.

L'enfant, vu de nouveau le 12 mars, semblait se développer parfaitement.

M. Schröder. Un **utérus sarcomateux.** Il provient d'une femme chez laquelle il avait déjà pratiqué 7 fois le curage de la matrice. Au début, S... avait enlevé des polypes muqueux, mais ils se reproduisaient constamment. Ils se transformèrent peu à peu en sarcome, transformation qui fut révélée grâce à des examens microscopiques régulièrement faits. Avant la dernière intervention, l'utérus était plus gros qu'une tête d'adulte. Mais sous l'influence du seigle ergoté, de l'hydrastis, des douches chaudes, l'extirpation totale par le vagin fut aisée. L'utérus, gros comme le poing, présente des parois épaisses, et au niveau de sa surface interne des nodules de carcinome.

2° Un **utérus atteint de carcinome du col** et enlevé en totalité par le vagin. Le néoplasme s'était propagé jusqu'à l'orifice interne.

S... a, dans les deux cas, suivi la méthode d'Olshausen.

Discussion sur la communication de M. Cohn : **de l'emploi de l'anesthésie chez les parturientes** (1).

M. J. Weit. Le reproche que l'anesthésie employée chez les parturientes est en quelque sorte « un luxe » n'est juste que dans un petit nombre de cas ; par exemple, pendant la période d'expulsion chez les primipares. Je suis absolument d'accord avec M. Cohn quant aux difficultés de l'application du protoxyde d'azote dans la pratique, et, de plus, je donne tellement la préférence au chloroforme sur le bromure d'éthyle que je ne me sers plus que du premier. Il semble ressortir des communications d'Hachernam que l'anesthésie légère suffit pour les applications de forceps ; or, j'ai dû me convaincre que cela ne se vérifiait que dans certains cas. Plusieurs fois, j'ai constaté une extrême agitation, des mouvements involontaires, et en semblable occurrence j'ai eu recours au bromure d'éthyle pour obtenir une narcose com-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1886, p. 49.

plète. Mais l'odeur insupportable, durant les suites de cours, de l'air expiré, rend cet agent peu utilisable. Je suis donc partisan de l'emploi du chloroforme, et je le tiens pour nécessaire toutes les fois qu'un certain degré de vaginisme, quelle que soit sa nature, détermine la femme à ne pas pousser pendant la période d'expulsion. Il est parfois d'un très grand secours ; il paraît élever la pression abdominale et, par là, accélérer l'accouchement. Pour les opérations, l'anesthésie légère ne suffit pas ; j'ai coutume, chez les femmes d'un tempérament calme et auxquelles je désire alléger quelque peu la douleur, d'appliquer le forceps sans anesthésie préalable, mais de leur permettre quelques inspirations de l'agent anesthésique pendant l'extraction. Si, chez des parturientes présentant un orifice vaginal étroit et soumises à une anesthésie légère, on voit la tête arriver spontanément à la vulve, il peut être très avantageux d'obtenir une narcose complète. En terminant, je tiens surtout à faire ressortir que l'anesthésie légère ne m'a jamais paru occasionner chez les parturientes des accidents notables ; que jamais, durant son emploi, le ralentissement des bruits du cœur du fœtus ne m'a obligé à procéder à l'extraction ; et qu'en somme je ne puis que témoigner en faveur de son usage.

M. Bokelmann ne considère pas l'anesthésie comme étant si dépourvue de dangers, car il a observé deux fois, chez des parturientes, des accidents asphyxiques graves. Dans l'un des cas, il dut discontinuer de faire une version, entreprise pour une procidence du cordon. L'enfant succomba.

M. Schröder estime que le chloroforme est tout à fait indiqué pour diminuer l'intensité des douleurs ; il n'a jamais observé d'accidents d'asphyxie, lesquels, du reste, doivent être fort rares.

M. Cohn en a vu chez deux parturientes ; elles avaient été d'abord soumises au bromure d'éthyle, après quoi on leur avait donné du chloroforme ; c'est à l'action combinée de ces deux substances que les accidents, à son avis, doivent être rapportés.

M. H. Veit fait une communication sur la **dilatation de l'utérus** (1).

M. Lohlein est d'avis que le procédé mérite de devenir d'une pratique plus commune ; son principal danger autrefois était dans les risques d'infection ; or, aujourd'hui, on peut, à peu près sûrement,

---

(1) Cette communication doit être publiée *in extenso*. Nous en donnerons alors l'analyse. R. L.

éviter cette dernière. M. Veit se sert exclusivement de laminaire, et jamais il n'a vu des phénomènes fébriles suivre son intervention. Néanmoins, les indications restent toujours très rares, car dans la plupart des cas d'hémorrhagie sévère du col, cet organe est perméable aux doigts. La discission bilatérale du col doit être réservée pour les seuls cas où le canal cervical est en grande partie dilaté par des polypes qui se développent de haut en bas, etc.

M. Odebrecht a observé quelques faits intéressants de perforation de la paroi utérine par la sonde. La perforation ne se faisant pas, si l'on peut dire, directement. Il semblait que l'instrument, après avoir suivi une direction donnée, se fourvoyait brusquement dans une cavité secondaire.

M. Martin déclare qu'il a toujours pu, dans les cas de rétention de portions de délivre, parfois après anesthésie, introduire le doigt pour opérer le décollement et l'extraction des débris placentaires. Quand il s'agit de débris déciduaux, il se sert de la curette, qu'il a toujours pu manier sans dilatation préalable. Il a de beaucoup restreint dans sa pratique le nombre des cas où cette dilatation de la cavité utérine paraît nécessaire. Dans ces circonstances, toujours difficiles, il conseille la dilatation avec la laminaire. L'emploi, pour la dilatation, d'instruments métalliques ou des bougies d'Hégier, lui a paru s'accompagner de telles lésions traumatiques qu'il ne saurait la conseiller. Il préfère, lorsque cette perméabilité de la cavité utérine paraît indispensable, lier les ligaments larges, fendre le col, et après avoir curé l'utérus, suturer bien exactement les surfaces planes d'incision.

M. Lohlein n'a observé aucune perforation à la suite de l'emploi de la curette, pratique que, du reste, il tient pour absolument dépourvue de danger, à condition qu'elle soit suivie judicieusement; quant aux faits de la nature de ceux signalés par M. Odebrecht, ils peuvent s'expliquer soit par l'existence d'une hypertrophie sus vaginale du col et l'échappement brusque de la sonde dans la cavité utérine, ou par l'existence d'un utérus double et le passage inopiné de l'instrument d'une cavité dans l'autre.

M. Schröder déconseille vivement la fixation préalable de l'utérus à l'aide d'une pince quand on veut pratiquer le curage de la matrice; cette circonstance favorise, en effet, singulièrement la perforation. Il a vu l'accident se produire entre ses mains; heureusement, la guérison se fit sans aucun accident.

M. Veit estime l'emploi de la laminaire moins dangereux que la

discission, conseillée par M. Martin. (*Centralbl. für Gynäk.*, janvier 1886.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE DRESDE.

Séances du 7 janvier et du 4 février 1886.

J. SCHRAMM présente un **kyste para-ovarique** enlevé à une femme âgée de 73 ans. Cette femme avait cessé d'être réglée à 41 ans. Depuis deux années elle ressentait de fortes douleurs abdominales et avait remarqué que son ventre grossissait. Au moment de l'opération, il avait le volume de celui d'une femme arrivée aux derniers mois de la grossesse. La laparotomie fut faite et l'on retira de la tumeur kystique huit litres d'un liquide noirâtre, mélangé de sang. Le professeur Neelsen constata qu'il s'agissait d'un kyste para-ovarique dont les parois épaisses étaient constituées par un tissu fibreux riche en cellules. Il présentait, à sa surface interne, des excroissances verruqueuses recouvertes en partie par un épithélium polymorphe, en partie par un épithélium cylindrique.

Suites opératoires afébriles. Convalescence normale.

LÉOPOLD relate une observation d'**opération césarienne d'après la méthode de Porro**. Il l'a pratiquée chez une femme âgée de 33 ans, Vpare. Accouchements antérieurs normaux. Elle devint de nouveau enceinte dans les commencements de l'année 1885. Depuis cette époque, écoulement continuel par le vagin et hémorrhagies. Au troisième mois de la gestation, *le vagin était presque complètement obstrué par un carcinome primitif.* Le paramétrium était, à gauche, profondément envahi par la néoplasie.

Début du travail le 28 décembre. Écoulement fétide. Dans la soirée, opération qui dure un peu plus de trois quarts d'heure. Lavages du vagin et du col de l'utérus avec du sublimé. Incision jusqu'à l'ombilic. Deux sutures provisoires dans l'angle supérieur de la plaie. L'utérus est attiré au dehors, sur le col et au-dessous de la tête, on applique un lien élastique. Incision transversale intéressant le segment inférieur. Extraction de l'enfant, qui se présente en deuxième position du sommet. On serre le lien élastique. La plaie abdominale est refermée, de haut en bas, à l'aide de sutures profondes. Section et abla-

tion de l'utérus, le placenta étant encore complètement adhérent. Ligature circulaire du pédicule; à gauche, au-dessus du lien élastique ; à droite, au-dessous. Préparation du pédicule, et cautérisation avec le paquelin et le chlorure de zinc.

Durant les trois premiers jours, la température s'éleva jusqu'à 39°,5. Pouls 160. Pleurésie d'origine sarcomateuse qui, d'ailleurs, ne s'accompagna d'aucuns phénomènes réactionnels.

Léopold donne ensuite des détails sur quelques autres opérations :

1° **Myomotomie avec ouverture de la cavité utérine.**

X..., 38 ans. Douleurs vaginales et hémorrhagies. Fond de la matrice à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la symphyse. En pratiquant le cathétérisme, on sent que l'instrument rencontre un obstacle. L'obstacle franchi, le cathéter s'enfonce plus profondément. Diagnostic : *myome sous-séreux rétro-utérin.*

Laparotomie. Énucléation de la tumeur avec ouverture de la cavité utérine. Le pédicule fut traité suivant la méthode extra-péritonéale, parce qu'on avait omis de faire, avant l'opération, le nettoyage de la cavité cervicale. *Suites opératoires afébriles.*

2° **Myomotomie sans ouverture de la cavité utérine.**

Primipare. Utérus fortement rétrofléchi. Tumeur volumineuse peu mobile. Diagnostic : tumeur solide de l'ovaire.

Laparatomie. Des vaisseaux volumineux, émanés de la tumeur, se dirigent vers les ligaments larges du côté droit. Elle répond principalement à la corne droite de l'utérus. Abcès de la paroi abdominale. *Suites opératoires afébriles.*

3° **Ovaire carcimomateux**, qui avait déterminé de l'ascite.

4° **Deux utérus enlevés en totalité**. Dans les deux cas, *suites opératoires afébriles.*

Rupprecht présente **un rein et l'uretère correspondant ; celui-ci offre sur son trajet des replis qui simulent des valves oblitérantes.**

La pièce provient d'un enfant chez lequel R... avait pratiqué, antérieurement, la néphrectomie pour une hydronéphrose. L'opéré avait, durant les huit mois qui suivirent l'opération, présenté un état de santé très satisfaisant, malgré la persistance d'un catarrhe vésical purulent. Puis la mort était survenue, brusquement, après deux jours d'accidents urémiques. A ce moment était apparue, dans la région du rein encore en place, une tumeur transversale, cylindrique, ayant

environ le diamètre de l'intestin grêle. La nécropsie révéla sur le trajet de l'uretère correspondant trois replis muqueux, simulant des valves, qui divisaient l'uretère en segments inégaux et qui obstruaient son canal. La ponction ou la création d'une fistule au niveau du bassinet eût peut-être évité la mort. Le rein lui-même ne présentait que de légères modifications. Les replis muqueux, constatés après la mort, ne peuvent pas être diagnostiqués pendant la vie. R... fait la remarque que les malformations congénitales des organes génitaux coïncident assez fréquemment avec un rein unique, et que dans ce dernier cas, le trigone de Lieutaud manque souvent, anomalie que la palpation vésicale permettra parfois de reconnaître.

Rupprecht s'occupe ensuite du **traitement chirurgical du carcinome de la vulve.**

Il s'étonne de la rareté du cancer de la vulve (d'après Virchow, 1 pour 40 cancers de la matrice ; d'après Gurlt, 10 p. 100 en proportion de toutes les autres formes de cancer chez la femme) ; Billroth, en 8 ans et sur 548 cas de cancers, ne l'a observé que 8 fois (Winiwarter). R..., en 8 années, en a vu 8 cas ; il s'agissait toujours de cancroïdes. Des 8, 7 s'étaient développés au niveau des petites lèvres ou de la face interne des grandes lèvres. Le huitième avait eu son point de départ dans le clitoris et de là s'était étendu au mont de Vénus. Dans aucun de ces cas, ni l'urèthre, ni la région hyménéale, ni le vagin n'étaient touchés par la néoplasie. Six fois sur huit, les glandes inguinales étaient envahies, profondément dans quelques cas ; une fois même, la généralisation s'était faite des deux côtés. Trois fois il existait depuis longtemps du prurit vulvaire.

Observation I. — Femme âgée. Cancroïde peu volumineux de la nymphe droite. Pas d'adénite inguinale secondaire. Excision en 1881. La guérison se maintient encore.

Obs. II. — X..., 43 ans. Excision en 1883, d'un cancroïde de la nymphe droite. Un an après, gangrène de toute la jambe droite, d'origine vasculaire. Compression des vaisseaux fémoraux par des masses ganglionnaires dégénérées.

Obs. III. — X..., 49 ans. Excision en mai 1882, d'un cancroïde de la région de la nymphe droite. Quelques mois après, récidive attaquant les ganglions inguinaux du côté droit. Extirpation des ganglions et de tout le tissu conjonctif environnant. Guérison après suppuration abondante. Encore aujourd'hui, après plus de trois années, pas de récidive.

Obs. IV. — X..., 73 ans. Excision en mai 1884, de la nymphe gauche, envahie par un cancroïde déjà très avancé. 1 an 1/2 après la guérison se maintenait.

Obs V. — X..., 48 ans. En mars 1884, excision presque en totalité des deux grandes lèvres, du clitoris, de tout le mont de Vénus, résection du pubis et grattage des deux régions inguinales. Guérison lente par un processus de granulation. Vingt et un mois après (époque des derniers renseignements) la guérison se maintenait.

Obs. VI. — X..., 54 ans. Le 24 janvier 1885, excision des grande et petite lèvres du côté droit à cause d'une tumeur carcinomateuse du volume d'un thaler. Suture au catgut. Réunion par première intention. Après onze mois, pas de traces de récidive.

Obs. VII. — X..., 62 ans. Au mois d'août 1885, excision des petite et grande lèvres du côté droit. Grattage minutieux de la région inguinale correspondante. Réunion par première intention, sauf au niveau du drain où la cicatrisation se termine après une légère suppuration au bout de huit semaines.

Rupprecht, fort de son expérience personnelle, n'est pas d'avis qu'il faille respecter les carcinomes vulvaires, par la seule raison que les ganglions inguinaux sont déjà envahis. Seulement il faut procéder à l'extirpation complète, non seulement de ces organes, mais aussi de tout le tissu conjonctif qui les entoure. Traiter la région inguinale dans le cas de carcinome de la vulve, comme Volkmann recommande de traiter la région axillaire quand il s'agit de cancer du sein.

Bode a observé trois cas de carcinome de la vulve, dont l'un présente quelque intérêt. Il s'agissait d'une femme, d'âge moyen, qu'on traitait depuis longtemps avec le seigle ergoté pour un myome utérin volumineux. Elle était également tourmentée par du prurit vulvaire. Un épithélioma apparut au niveau de la vulve, on l'excisa. Quelques temps après la malade mourut et la nécropsie permit de constater la dégénérescence carcinomateuse de l'utérus dans le voisinage de la tumeur myomateuse.

Schramm a opéré, en 1880, deux femmes (75-76 ans), pour des carcinomes vulvaires. Dans les deux cas, la néoplasie avait débuté au niveau du clitoris; dans l'un, elle était restée limitée à cet organe; dans l'autre, elle avait envahi la petite lèvre droite. Pas de répercussion sur les ganglions inguinaux. La guérison se maintient encore.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'un carcinome de la lèvre droite

avec infiltration des ganglions inguinaux. Opération. Récidive rapide.

MICHOEL présente un carcinome vulvaire, extirpé récemment chez une femme qui avait subi une première opération quatre années auparavant.

RUPPRECHT est persuadé qu'on ne peut s'abstenir d'extirper les ganglions inguinaux que si le carcinome est récent ; si l'on est bien sûr de la réalité de cette circonstance ; ou bien, si l'examen de la patiente donne au chirurgien la conviction absolue que l'intégrité de ces ganglions est parfaite. (*Centr. für Gynæk.*, n° 15, 1886).

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE LEIPZIG.

Séance du 19 *février* 1886.

LANDER. — **Du traitement du genu valgum chez les enfants** (1).

SANGER. — **Sur les abcès profonds de la paroi abdominale.**

Les abcès situés au-dessous du fascia superficialis peuvent être confondus avec des kystes dermoïdes de la paroi abdominale, des hernies, des pérityphlites, des exsudats intra-péritonéaux, des carcinomes de l'intestin. Sanger a observé le fait suivant : X..., 25 ans ; il y a six mois environ, elle accouchait pour la deuxième fois. A la suite de son accouchement, *paramétrite du côté droit*. Quelques semaines plus tard, apparition au niveau de la région inguinale d'une grosseur qui resta d'abord stationnaire. La femme avait repris ses occupations lorsque, à la suite d'une fatigue excessive, la grosseur se mit à croître. Elle dut s'aliter : douleurs intenses, fièvre rémittente, insomnie, amaigrissement. Plusieurs semaines après, Sanger constatait dans la région hypogastrique droite une tumeur sensible, de la grosseur de la main, vaguement fluctuante. Elle remontait jusqu'à l'ombilic, et son grand axe était dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Utérus en antéversion, parfaitement mobile. A droite, dans le parametrium, pas de traces d'exsudat.

Diagnostic : probablement, *abcès profond de la paroi abdominale*.

Incision au niveau de la limite supérieure de la tumeur ; incision

---

(1) *Langenbeck's Archiv.*, Bd XXXII, 2.

de la couche adipeuse sous-cutanée, qui avait plus de 2 centimètres d'épaisseur et ouverture du fascia superficialis, qui donne issue à un demi-litre de pus environ. Le grand axe de la cavité, parallèle à la direction des fibres du muscle grand oblique, se prolongeait sous l'hypochondre. En dehors, elle s'étendait jusqu'au grand dorsal; en bas, jusqu'à la symphyse pelvienne et dépassait un peu la ligne médiane vers la gauche. Lavages avec le sublimé, drainage, guérison parfaite en 3 heures.

Il s'agissait sans doute dans ce cas, primitivement, d'un *exsudat paramétritique*, qui n'était pas entièrement guéri lorsque la malade recommença à se lever. Puis la phlegmasie se propagea le long du ligament rond et gagna la région inguinale. Enfin, sous l'influence d'un traumatisme excessif, l'exsudat inflammatoire qu'on avait vu apparaître à ce niveau se transforma en un vaste abcès qui intéressa les muscles situés entre le fascia superficiel et le fascia transversalis. Il est à remarquer que la gaine du muscle droit de l'abdomen ne fut pas cutanée, sans quoi le pus eût fusé dans la cavité de Retzius et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du côté opposé.

Suivent deux autres observations analogues. Sanger cite également un autre fait d'abcès de la paroi abdominale, dans le but de montrer surtout combien il importe de ne procéder à l'ouverture de ces collections purulentes qu'en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses.

Landerer a observé deux cas de carcinome de l'intestin, suivis d'abcès de la paroi abdominale. Il insiste sur les rapports qui existent fréquemment entre les lésions osseuses et ces sortes d'abcès. Il a vu, à la suite d'une carie d'une des apophyses postérieures et supérieures, une collection purulente se former dans la région hypogastrique. En ce qui concerne le siège de l'abcès, dont vient de parler Sanger, il croit qu'en réalité il devait être en arrière des muscles abdominaux dans la cavité de Retzius.

Sanger rejette absolument cette dernière interprétation. Les abcès situés dans la cavité de Retzius sont médians et ils ont pour base le péritoine. Dans le cas actuel, la collection était unilatérale et reposait sur le fascia transversalis et les restes des muscles petit oblique et transverse. Le muscle droit était repoussé vers la ligne médiane, et aurait pu, à la longue, être traversé.

A propos de la relation de causalité entre les affections osseu-

ses et ces sortes d'abcès, il ne dira rien de plus que la maladie en tant que maladie primitive est sans doute exceptionnelle.

Hennig. — **De l'accouchement chez les peuples sauvages.**

Depuis que Ploss et Engelmann ont fait de nouvelles recherches sur les accouchements chez les peuples primitifs, les tentatives de Schatz pour mesurer la force de la contraction utérine ont acquis une importance spéciale. Engelmann dit que les femmes, abandonnées à elles-mêmes, obéissent à l'instinct. Son ouvrage a ramené la question sur ce point : *Quelle est la position la plus naturelle dans l'accouchement ?* Il démontre, par exemple, que : 1° même chez les nations ci vilisées, on voit des femmes accoucher qui n'ont reçu aucune instruction préalable sur l'acte de la parturition ; 2° que la position, pendant le travail, se modifie nécessairement à chacune des périodes ; 3° qu'à chaque période, l'inclinaison du bassin exerce une influence relative sur la posture adoptée par la parturiente. Prochownik a prouvé qu'en raison de la vigueur moindre des muscles abdominaux, l'inclinaison du bassin est, en général, plus accusée chez les femmes que chez l'homme; Reiher a ajouté que cette inclinaison du bassin de la femme varie avec les races, qu'elle est moindre chez les plus robustes, mais, qu'en outre, chez ces dernières, le canal génital est plus court.

L'acte de la parturition s'accomplit sous l'influence de deux facteurs de nature différente : *a*) muscles involontaires, *b*) muscles volontaires. Les premiers entrent en jeu dès le début du travail et produisent souvent des contractions dont les femmes sont inconscientes; il y a là quelque chose d'instinctif. La controverse porte, en effet, sur la prétention que l'instinct préside à la première période du travail. Car, on peut démontrer que l'acte, dans ce qu'il a d'essentiel, est instinctif. Les forces qui concourent à son accomplissement sont, pour la plus grande part, d'ordre réflexe. L'expulsion de l'enfant, ainsi que l'a déjà précisé Engelmann, ressemble beaucoup, dans son mécanisme, à celle du contenu des organes voisins. La parturiente peut modifier sa position à chaque instant ; s'étendre, s'asseoir, en somme, comme lorsqu'il s'agit d'un besoin impérieux. *Elle incline la partie supérieure du corps jusqu'à ce qu'elle fasse un angle convenable avec le bassin,* et cela en s'asseyant, s'accroupissant, se mettant à genoux...

L'auteur fait remarquer qu'après la rupture de la poche des eaux, les muscles abdominaux agissent plus efficacement. En outre, la par-

turiente ajoute à cette augmentation de la force expulsive, en incurvant le dos, en rapprochant les genoux de la paroi abdominale au moment de la contraction, etc., etc.

Enfin, il s'occupe aussi d'une circonstance qui pourrait avoir son importance dans l'acte de l'accouchement. Chez les femmes modernes, le fond de la matrice serait, en général, plus mince que les parois antérieure et postérieure ; or, cette différence peut n'avoir pas toujours existé. On trouve des documents à ce sujet dans Rœderer (*Icones uteri humani*, p. 6) ; il existe également plusieurs observations de Fiebig et une de Rudinger, qui ont constaté chez des femmes de tribus sauvages, que le fond de l'utérus est presque ou aussi épais que les parois en question. M. Hennig pense, à la suite d'un certain nombre d'examens pratiqués sur des jeunes femmes chez lesquelles il avait dû, pour diverses raisons, dilater le canal cervical, que cette différence entre l'épaisseur du fond et des parois antérieure et postérieure n'existait pas chez ces sujets. (*Central. für Gynäk*, n° 19, 1886.)

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE LA GRANDE-BRETAGNE.

Séance du 9 juin 1886.

M. Grigg lit un travail sur les **dangers que font courir les affections des annexes de l'utérus dans les suites de couches.** — M. Grigg relate plusieurs cas dans lesquels on vit, un certain nombre de jours après l'accouchement, des accidents graves, puis la mort survenir sans qu'il eût été possible, sur le vivant, d'en déterminer l'origine. Mais l'autopsie révéla des lésions de date ancienne et ignorées qui fournirent l'explication naturelle de ces issues malheureuses. *Kystes multiloculaires et suppurés de l'ovaire, abcès anciens et multiples de l'ovaire, pyosalpingite, utérus et bassinet dilatés et kystiques*, etc. M. G... conclut à l'importance qu'il y a à s'appliquer à faire de bonne heure le diagnostic de ces affections. En outre, les faits en question plaident en faveur de l'extirpation des organes reconnus malades. Ils sont aussi de nature à expliquer certains accidents, réunis sous la rubrique de « septicémies sporadiques », et dont la pathogénie demeurait inconnue.

M. R. Barnes. — Il ne croit pas à la possibilité de la péritonite pri-

mitive. Il s'agit toujours d'une affection secondaire. Elle dérive d'une toxémie, ou elle est l'aboutissant de l'inflammation des organes en connexion avec le péritoine. Consécutive à une pyosalpingite, elle peut s'installer de trois façons : 1° la trompe éclate et évacue son contenu dans la cavité péritonéale ; 2° la matière pathogène entre en contact avec la séreuse au niveau du pavillon de la trompe ; 3° elle transsude à travers les parois tubaires. Il est possible qu'une salpingite évolue dans l'une des trompes avant la grossesse. Le fait de la conception implique l'intégrité de l'une d'elles. Mais les deux trompes pourraient se prendre au cours de la gestation, circonstance qui n'a pas reçu de démonstration directe. Il est plus vraisemblable que la phlegmasie se développe durant les suites de couches comme conséquence d'une métrite. Son diagnostic est d'autant plus embrouillé qu'il s'agit presque toujours d'un processus complexe. Elle coïncide habituellement avec la métrite, l'ovarite, la périmétrite, la cellulite. Son point de départ le plus habituel est souvent dans l'utérus. Il faut apporter la plus grande douceur dans les examens ; ils seront rares et prudents, pour éviter de contribuer à la rupture de la trompe ou à l'aggravation de la phlegmasie. La laparotomie est justifiée dans certains cas. On n'a pas le droit de laisser mourir une femme sans essayer de la soustraire au danger imminent créé par la présence du pus dans le bassin et l'existence d'une maladie des annexes de l'utérus.

M. Lawson Tait. — La communication de M. Grigg a d'autant plus d'importance que ces cinq ou six cas de mort dont il est question représentent entièrement la mortalité à « Queen Charlotte's Lying in Hospital » pour un long intervalle de temps. Or, dans tous ces cas, il existait des lésions des annexes de l'utérus bien suffisantes pour expliquer la terminaison funeste. Sans les recherches minutieuses qui ont été faites, ces décès auraient été certainement englobés sous la rubrique « septicémie puerpérale ». Cette désignation est un refuge pour l'ignorance et elle sert à limiter les investigations. Les cas de cette nature doivent être l'objet d'examens minutieux, non seulement *post mortem*, mais dès qu'apparaissent les accidents. Ils doivent être faits par différentes personnes, dont la sagacité ne sera pas, *a priori*, annulée par des idées préconçues. Il semble ressortir de l'analyse de ces observations que deux, ou même trois femmes auraient pu être sauvées au prix d'une intervention chirurgicale. Enfin, on voit par là que non seulement les affections chroniques des annexes de l'utérus

sont plus fréquentes qu'on ne le suppose, mais qu'aussi elles peuvent entraîner la mort.

M. ROUTH. — Les cas qu'il a observés à Vienne (1) ne pouvaient être attribués à une salpingite. La mort était trop rapide. Elle survenait dans un intervalle de douze heures à trois ou quatre jours après la délivrance. La plupart de ces cas, sinon tous, furent précédés de la mort de l'enfant, et l'autopsie révéla chez le fœtus des lésions de péritonite généralisée. Le poison qui tuait la mère et l'enfant devait être le même. Il fut démontré qu'il était d'origine cadavérique et qu'il était transporté directement sur les parties maternelles par les mains des médecins.

M. MOULLIN. — Ces faits sont certes fort intéressants, puisqu'ils donnent la clef de certaines affections puerpérales qui restaient de véritables énigmes, mais ils sont assurément exceptionnels. Sans quoi, les lésions dont il s'agit devraient exister chez un grand nombre de primipares, de jeunes femmes non mariées qui ont mené une existence plus ou moins troublée. Ils ne sauraient fournir une explication générale de la fièvre puerpérale. Bien longtemps avant qu'on possédât des connaissances exactes sur les affections des ovaires et des trompes, il était reconnu que l'immobilisation de la matrice par des phlegmasies des tissus voisins entraînaient souvent la stérilité. Cependant, il ne saurait y avoir d'empêchement absolu à la fécondation tant qu'une trompe reste suffisamment saine et perméable. Le travail doit sans doute agir en provoquant une inflammation aiguë dans un organe prédisposé.

M. AVELING présente un **utérus enlevé par la méthode de l'hystérectomie pour un myôme très volumineux.** Cette pièce fait bien voir, en raison de l'extrême minceur des parois sur certains points, combien il eût été difficile et dangereux d'entreprendre l'énucléation. (*British med. Journ*, juin 1886.)

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1886, p. 52.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 2 juin 1886.

M. Champneys lit un travail sur les **varices dites lymphatiques**. L'auteur a recherché si l'on ne peut, à volonté pour ainsi dire, produire des varices en faisant des stries dans des téguments non œdémateux. Si par ce moyen on détermine des manifestations cutanées absolument semblables à celles dites « varices lymphatiques », c'est que ces dernières sont, en réalité, dues à un « œdème simple général » qui s'accuse davantage dans les points les plus faibles. Elles ne seraient donc la conséquence ni de dispositions spéciales des origines lymphatiques, ni de l'obstruction d'un certain nombre de troncs de ce système vasculaire. C'est la conclusion à laquelle est arrivée l'auteur qui, en conséquence, juge l'expression « varices lymphatiques » impropre.

M. E. Hermann signale **une des causes de la difficulté de la version** et ajoute quelques remarques sur la pratique qui consiste à sectionner le bras. Cette cause réside dans l'*enclavement de l'épaule au-dessous de l'orifice interne incomplètement dilaté*. En semblables conditions, la difficulté n'est pas dans la saisie des pieds. Elle provient de la situation relative de l'épaule et de l'orifice interne qui entrave l'évolution du fœtus. La meilleure façon de supprimer l'obstacle consiste à repousser l'épaule vers la ligne médiane et à la repousser en haut. Cela fait, on retourne l'enfant avec facilité. Faisant allusion aux auteurs qui conseillent de sectionner le bras dans le but de faciliter la version, il émet l'opinion que dans les circonstances où cette amputation leur a paru utile, on se heurtait à la difficulté qu'il vient de signaler. Ce procédé ne lui paraît pas recommandable dans ce cas particulier. Si l'enfant vit, mieux vaut dégager l'épaule ; s'il est mort, la décollation est préférable.

M. Galabin ne pense pas que l'orifice interne puissse empêcher que l'épaule soit repoussée *directement* en haut. Mais l'ascension peut être entravée par ce mécanisme quand on procède à la version en agissant, à la fois, sur les deux pôles du fœtus. Cette manœuvre, en effet, ramène l'épaule non seulement en haut, mais *en dehors*. Et ici, elle peut venir butter contre l'anneau proéminent. Il n'a jamais eu l'occasion de sectionner le bras ou de repousser l'épaule. Une seule fois, la version étant impossible, il pratiqua la décollation. Dans

ce cas, on avait cru à une présentation du siège et fait de l'expectation pendant deux jours. Si, pour pratiquer la version, il était forcé d'agir sur les deux pôles du fœtus, il ne le ferait pas en même temps, mais d'une manière alternative, agissant tantôt sur le pied, tantôt sur l'épaule.

M. J. Phillips relate l'histoire de **quatre cas d'hermaphrodisme apparent observés dans la même famille.**

D[r] R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 1[er] *avril* 1886.

Le D[r] Bernardy recommande beaucoup le **biiodure de mercure comme désinfectant en obstétrique.** Il a été employé à la Maternité de Lariboisière, préférablement à tout autre, et avec d'excellents résultats. Il rapporte 11 cas, dont 8 nouveaux, dans lesquels il lui a rendu de grands services. Il a fait faire des tablettes de biiodure additionné d'un peu d'iodure de potassium, qu'il fait dissoudre au moment du besoin. Il l'emploie au titre de 1/400, quelquefois plus faible, dans de l'eau à 43°,5.

Le D[r] Ch.-H. Thomas croit que les injections vaginales sont insuffisantes; il faut laver aussi l'utérus.

Le D[r] Longaker ne fait des injections intra-utérines que lorsque les pertes sont fétides, car les manœuvres internes causent de la métrite. Il introduit dans la matrice un pinceau chargé de 7 grammes d'iodoforme ; il n'est pas nécessaire de faire une nouvelle application avant 13 jours.

Le D[r] H.-A. Katty lit une lettre du D[r] F.-L. Haynes sur ce sujet. Haynes, ayant remarqué que l'acide phénique lui fait mal aux mains, se sert maintenant de la solution de biiodure, puis il les lave avec de la glycérine.

Le D[r] Goodell n'a pas essayé le biiodure, mais il se loue du bichlorure, qu'il donne en injections à l'accouchée, couchée sur le dos.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON.

Séance du 18 décembre 1885.

L. Dr J.-R. Bromwell présente un **œuf entier.** L'embryon paraît âgé de 2 et demi à 3 mois; le placenta semble avoir 4 mois.

Le Dr Lachlan-Tyler lit un mémoire sur un cas de **maladie de Hodgkin** (adénie et hypertrophie de la rate avec éruption cutanée squameuse sur la peau) chez un enfant.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE DE BALTIMORE.

Séance du 13 avril 1886.

Discussion sur le mémoire du Dr Chunn (1).

Le Dr Mundé a fait deux fois l'enlèvement de fibromes utérins. Dans un cas, il ne put trouver le second ovaire qu'après avoir enlevé complètement la tumeur. La malade succomba à une hémorrhagie secondaire.

Dans un cas d'ovariotomie double, il hésita à placer un drain, mais en mit un, et, le lendemain, il retira 10 onces de sérum sanguinolent.

Le Dr Chunn regarde son opérée comme fort bien : sa fistule urinaire est close, elle va et vient et gagne de l'embonpoint.

Le Dr T.-A. Ashby fait remarquer que les tumeurs ovariennes sont très rares chez les négresses. Il ne connaît qu'un cas rapporté par Atlee, un cas de Hundley et le cas de Chunn; sans doute, il en existe d'autres.

Cas rare d'hémorrhagie post-partum, par le Dr P.-C. Williams.— La parturiente avait pris un peu de chloroforme pendant son accouchement. La perte ne survint que le troisième jour et elle fut très abondante ; l'utérus avait le volume qu'il atteint au huitième mois. La cause de cette perte paraît être l'emploi d'un *liniment* composé de : teinture de camphre 2 parties, teinture d'aconit et chloroforme āā 1 partie, dont l'accouchée avait respiré 8 *ou* 10 *onces* chaque soir, pour

---

(1) Voy. le numéro de juillet des *Annales.*

se procurer du sommeil. Williams lui injecta de l'extrait d'ergot et vida l'utérus. La perte s'arrêta immédiatement ; la malade se remit.

Le D^r C.-H. Riley a eu un cas où une forte hémorrhagie, une semaine après l'accouchement, suivit l'introduction de l'hystéromètre.

Le D^r G. Lane Taneghill se loue beaucoup de l'injection de 20 gouttes d'une solution de 18 gr. d'ergotine de Bonjean, dans 22 gr. 50 de glycérine.

Le D^r Ashby emploie avec un grand succès les injections utérines de vinaigre, dont le D^r B. D. Brown vient de parler ; il rapporte un cas où, l'eau chaude et tous les hémostastiques ayant échoué, le vinaigre réussit, aussitôt appliqué.

Le D^r L.-E. Neale raconte un cas d'hémorragie mortelle au neuvième jour ; il l'attribue à l'atonie de l'utérus.

Le D^r H.-P.-C. Wilson ne fait pas prendre de l'ergot à toutes les accouchées dans la crainte de leur donner des tranchées inutiles (1). Il raconte un cas dans lequel tous les hémostatiques échouèrent ; il introduisit la main dans l'utérus et racla la muqueuse avec les ongles pendant plusieurs minutes ; la perte s'arrêta et ne reparut plus.

Le D^r W.-E. Moseley dit un grand bien des injections utérines d'eau de 46° à 49°.

Le D^r Taneghill présente un **fœtus de 3 mois, contenu dans son amnios.** M^me H... a avorté à la suite d'une longue promenade et d'une chute ; elle a une déchirure bilatérale du col.

Le D^r Neale rappelle que le professeur Atkinson a présenté un fœtus un peu plus âgé, contenu aussi dans l'œuf. L'avortement avait été provoqué par la méthode de Krause.

Le D^r Ashby a remarqué que l'expulsion de l'œuf entier est la règle chez la vache, la truie, la brebis. Si les membranes se rompent avant

---

(1) Mon expérience est tout opposée à celle de Wilson. L'ergot prévient presque assurément les tranchées, et comme elles sont dues, le plus souvent, à la présence de caillots et à des contractions irrégulières, l'ergot, après quelques douleurs très supportables qui expulsent les caillots et régularisent la contraction, les fait cesser. Depuis que je donne de l'ergot à toutes mes accouchées, je n'ai jamais observé de tranchées pénibles.

(A. C.)

la sortie du fœtus, le travail est plus long (1). Avons-nous donc raison, se demande-t-il, de rompre les membranes ?

Le Dr Miltenberger a vu un fœtus à terme venir au monde dans un œuf intact.

Le Dr Neale rappelle que la question de la rupture artificielle des membranes, introduite par lui, a été discutée dans la dernière réunion ; tous les membres ont été opposés à l'opinion de Byford, qui soutient qu'il faut laisser les membranes intactes après la dilatation complète.

Les Drs Miltenberger et Williams croient que la persistance de l'intégrité des membranes après la dilatation gêne le travail.

Le Dr T. Wilson présente une **pince hémostatique destinée à enlever les caroncules uréthrales.**

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI.

Séances du 11 *mars et du* 18 *avril* 1886.

Le Dr Palmer présente son **dilatateur utérin perfectionné.** Ses branches sont plus courbées, l'*épaule* d'arrêt est placée à 57 millim. de l'extrémité utérine. Une vis qui paraît puissante dans le dessin sert à écarter les branches qui sont croisées.

Le Dr Palmer lit un mémoire intitulé : **Le périnée considéré comme un support ; périnéorrhaphie et colporrhaphie.** L'auteur fait un court historique de la question et cite A. Paris qui, le premier, a fait une périnéorrhaphie. Puis il parle des opinions des divers auteurs. « L'utérus, dit-il, n'est pas soutenu directement par le périnée, celui-ci est au-dessous du plancher pelvien ». Mais, il attache de l'importance à la séparation, sans déchirure extérieure, des muscles et des facias de cette région.

Conclusions résumées : 1° Les déchirures périnéales diminuent les forces qui soutiennent le vagin, la vessie et le rectum.

---

(1) Il est intéressant de rapprocher ce fait des idées de Byford et des articles de L. Dumas. (*Ann. de gyn.*, septembre octobre et novembre 1885.) Voy. un excellent résumé dans *International Journ. of med. sc.*, juillet 1886, p. 276. (A. C.)

2° Elles peuvent être complètes sans que les organes pelviens se déplacent.

3° Ce n'est pas directement, mais par suite de la subinvolution du vagin, de la rectocèle, de la cystocèle, qui tiraillent le plancher pelvien, qu'elles peuvent produire les déplacements de l'utérus.

4° Les déplacements utérins sont dus en grande partie à l'affaiblissement du plancher pelvien ; les déplacements vaginaux, de même, quoique à un degré moindre.

Le défaut de la plupart des procédés de périnéorrhaphie est d'aviver la vulve trop en avant et de ne pas disséquer le vagin assez haut. Puis Palmer entre dans des descriptions de détail trop étendues, quoique fort intéressantes, pour trouver place dans une revue rapide.

Pour le Dr G. Zinke, le périnée est sans nul doute un soutien pour les organes pelviens. Il félicite Palmer de ce qu'il place des sutures dans le vagin.

Le Dr W. H. Wenning fait remarquer la discordance qui existe entre les auteurs. Pour lui, le périnée est un aide aux autres organes de soutien. Il compare le périnée déchiré à un livre ouvert dont il faut réunir sur toute leur surface les deux pages séparées.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Séance du 9 mars 1886.

Le Dr W.-W. Jaggard présente le forceps de A.-J. Stone, qui est destiné à être employé lorsque la tête est au détroit inférieur.

Sa longueur est de 24 centim.; cuillères, 14 centim.; manches, 10 centim.; fenêtres, 12 centim. de longueur, largeur 3 c., 5. Courbure céphalique 8 centim. Poids, 210 grammes. Articulation anglaise. Il est courbé en arrière, sur son axe longitudinal, de sorte que l'angle, au niveau de la jonction des cuillères et des manches, est de 160° environ. La courbure périnéale a pour but de maintenir la tête fléchie.

Jaggard a pu, dernièrement, placer ce forceps sur une femme couchée sur le côté gauche, sans qu'elle s'en aperçût.

Il présente aussi un utérus puerpéral atteint de ce que Birch-Hirschfild a nommé l'endométrite diphthéritique.

Discussion sur la pelvi-cellulite. — Le Dr A. Reeves Jackson remarque notre ignorance sur bien des sujets, même sur ceux dont on parle le plus.

Thorburn a demandé à plusieurs anatomistes distingués s'ils connaissaient le tissu cellulaire des ligaments larges ; ils répondirent qu'ils ne le connaissaient que par leurs lectures des livres de gynécologie. La pelvi-cellulite et la pelvi-péritonite coexistent fréquemment ; comme le traitement de l'une et de l'autre ne diffère pas au début, le diagnostic n'a pas une grande importance pour le praticien. Les douches d'eau chaude prolongées peuvent faire avorter la maladie. Puis il parle des abcès pelviens, dans lesquels la laparotomie a donné de si merveilleux résultats à L. Tait.

Le Dr W.-H. Byford croit que dans les cas de L. Tait, les abcès étaient abdominaux, et non strictement pelviens.

Le Dr J.-H. Etheridge raconte un cas dans lequel, ayant reconnu un abcès, on fit la laparotomie ; on trouva un kyste qu'on vida, puis on parvint sur la cavité de l'abcès ; on l'évacua et on le draina. L'opérée mourut dans les vingt-quatre heures.

Il a en traitement une malade affectée d'une cellulite généralisée ; elle rend du pus à chaque garde-robe.

Le Dr E. Warren Sawyer demande si la laparotomie est justifiable lorsque le pus a trouvé une issue — comme dans le premier cas d'Etheridge — et tant qu'aucune communication spontanée ne s'est faite avec l'extérieur.

Le Dr Ph. Adolphus recommande la laparotomie lorsque la malade est en grand danger, et l'aspiration avec la petite seringue, dans les autres cas. La présence du pus exige une incision et le drainage. Le sérum se résorbe spontanément

Le Dr E.-E. Waxham partage cette opinion.

Le Dr H. T. Byford a vu les douches chaudes faire beaucoup de mal. Il faut, cela va de soi, ouvrir un abcès pelvien du côté vers lequel il *pointe*. Lorsqu'un abcès s'est ouvert dans la vessie ou dans l'intestin ou sur un point inaccessible, et si la malade est en danger, il faut faire la laparotomie.

Le Dr de Laskie Miller raconte un cas **d'épithélioma de l'utérus traité par le nitrate de mercure** ; amélioration persistante au bout de six ans.

Grattage, applications d'acide nitrique puis de chlorure de zinc, puis d'un tampon de nitrate de mercure qu'on laissa soixante-douze

heures dans l'utérus. Il se forma une large eschare, et les granulations qui se formèrent peu à peu, sont de bonne nature. Le mari de la malade, un médecin, vient d'écrire à Miller, que, six ans après ce traitement, elle est dans un état très satisfaisant.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE SAINT-LOUIS

Séance du 18 mars 1886.

Pessaire enkysté. — Le Dr T.-L. Papin montre un pessaire de Hodge, placé pour une procidence de l'utérus. Une cellulite, survenue après son introduction, l'a *enterré* complètement. Papin, avec une scie, en réséqua un morceau, et put l'enlever comme une femme enlève sa boucle d'oreille.

Le Dr L.-Ch. Boislinière parle de la prudence qu'on doit avoir dans le placement des pessaires, et si l'on se sert du pessaire de Gehrung dans l'antéversion, il faut nécessairement le surveiller, car il peut tourner.

Le Dr G.-J. Engelmann parle de l'abus des pessaires, surtout par des mains inexpérimentées, et de leur utilité dans les cas appropriés.

Le Dr W.-L. Barrett préfère le pessaire de Hodge à tous les autres, mais il ne connaît pas de bon pessaire à antéversion ; la pression sur la vessie est insupportable. Les pessaires doivent être façonnés pour chaque cas, suivant les indications.

Le Dr T.-L. Papin compare le pessaire à l'attelle d'un membre fracturé, et au suspensoir du testicule.

(*Résumé*, d'après l'*Amer. Journ. of Obst.*, 1886, page 721.)
par A. Cordes.)

VARIÉTÉS

— Nous avons le plaisir d'annoncer que M. A. Cordes, notre sympathique et dévoué collaborateur, a été nommé récemment, après concours, chirurgien-adjoint, à la Maternité de Genève.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

UNE ÉPIDÉMIE DE FURONCLES A LA MATERNITÉ DE NANCY,

Par le Dr Alphonse Herrgott,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Semmelweiss, dès 1848, avait insisté sur les grands avantages que l'accoucheur peut obtenir en se désinfectant les mains avec du chlorure de chaux et en prenant des soins minutieux de propreté ; il pensait que le médecin était souvent, à son insu, l'agent de propagation de l'infection puerpérale. Mais ces préceptes si sages passèrent à cette époque presque complètement inaperçus ; il est probable que si Semmelweis les avait présentés sous une forme moins blessante pour le corps médical, l'humanité en aurait-peut être bénéficié depuis longtemps.

M. le professeur Tarnier a été plus loin ; il insiste sur la nécessité de mettre la femme dans un milieu aseptique. Il ne suffit pas de désinfecter les salles, il faut encore désinfecter tous les objets mobiliers qui y sont placés. On doit

veiller à la désinfection parfaite de la literie, des tables de nuit et j'ajouterai *surtout* des bassins qui servent aux femmes réunies dans la même salle.

Un fait qui vient de se passer à la Maternité de Nancy, où cependant l'antiseptie est rigoureusement employée, montre nettement le bien fondé de la dernière partie de cette proposition.

Les exemples de contagion dont je vais parler ne se rapportent heureusement pas à une épidémie de fièvre puerpérale dont les conséquences sont si graves et si redoutables, mais à *une simple épidémie de furoncles* transportés d'une femme à une autre par un bassin insuffisamment désinfecté.

Observation I. — La nommée G... (Joséphine), primipare, habituellement bien portante. Elle aurait marché à 10 mois, mais à la suite d'une chute, elle aurait été condamnée au repos et n'aurait pu remarcher qu'à 20 mois.

A l'examen, on trouve un bassin généralement rétréci, dont le diamètre sacro-pubien minimum ne mesure que 8 centimètres 1/2.

On pratique l'accouchement prématuré.

Trente heures après, le travail se déclare, il semblait même devoir se terminer spontanément, lorsqu'on s'aperçoit que les battements du fœtus deviennent subitement irréguliers, diminuent d'intensité et finissent par disparaître.

On applique le forceps; malheureusement, l'enfant avait succombé.

La délivrance fut normale.

A part une certaine lenteur dans l'involution utérine, la puerpéralité suivit son cours régulier.

Le 24 avril, elle se plaint de douleurs dans le dos et au niveau des lombes. Nous trouvons *le dos et les fesses couverts par une véritable éruption de petits furoncles*.

Quelques jours après, elle se rétablit et put se lever.

Obs. II. — La nommée G... (Marie), 23 ans, enceinte pour la deuxième fois, entre le 27 mars à la Maternité.

Le lendemain, le travail se déclare et se termine spontanément.

Les suites de couches furent normales au début, mais le quatrième jour, elle éprouva une certaine sensibilité dans la fosse iliaque gauche.

La situation ne tarda pas à s'améliorer ; néanmoins, la malade fut obligée de garder le lit.

Le 28 avril. Elle se plaint de douleurs dans les lombes et à la fesse. On trouve, en effet, *au niveau des deux fesses et à la partie supérieure et interne des cuisses, une éruption de furoncles*, plus nombreux à droite qu'à gauche. Ils sont au nombre de 30 environ et développés surtout au niveau des ischions.

Quelques jours après, sous l'influence de lotions contenant en dissolution de l'acide borique, les furoncles avaient disparu.

Obs. III. — La femme A... (Rose), 24 ans, enceinte pour la deuxième fois, accouche le 15 mai d'un enfant volumineux (4410 grammes). Cet enfant se présentant transversalement, on fut obligé de pratiquer la version et de l'extraire par les pieds.

La délivrance se fit facilement.

Quelques jours après, le 20 mai, l'accouchée se plaint de douleurs au niveau du siège. On l'examine, et on trouve sur *les deux fesses une véritable couronne de furoncles* très petits, mais très nombreux.

Quelques jours après, cette éruption avait disparu, sous l'influence d'un traitement antiseptique.

Obs. IV. — F... (Marie), 42 ans, primipare, idiote, entre le 28 avril à la Maternité ; quelques jours après, le 6 mai, elle accouche spontanément d'un enfant de 2,300 grammes.

Les suites de couches furent bonnes, lorsque le 18 mai elle se plaint de douleurs au niveau de la région fessière.

On trouve, en effet, *trois volumineux furoncles* développés sur la fesse droite, au niveau de la tubérosité ischiatique.

On fit un pansement approprié, on lotionna les furoncles avec de l'acide borique.

Le 28. Les furoncles étaient en voie de guérison.

Obs. V. — La nommée S... (Julia), 24 ans, primipare, entre en travail à la Maternité, le 16 mai 1886.

L'accouchement se fit normalement.

Quelques jours après, elle eut un peu de sensibilité au niveau du bord gauche de l'utérus, mais elle ne tarda pas à se dissiper.

Le 24 mai, elle se plaint de furoncles qui la font beaucoup souffrir. On trouve, en effet, *sur les fesses, une vingtaine de furoncles* qui se prolongent sur la partie supérieure et interne des cuisses.

Voilà donc cinq femmes qui, toutes, présentent dans la même partie du corps, dans la région fessière, une éruption de furoncles. Ce fait ne fut pas sans nous surprendre, et la cause de cette épidémie ne fut pas difficile à trouver. C'était évidemment le bassin plat que l'on donnait aux femmes qui était l'agent de transmission du contage furonculeux.

Les bords de ce bassin n'avaient pas été suffisamment désinfectés après avoir servi à la femme qui fait l'objet de notre première observation. Il avait été ainsi l'agent propagateur, et les femmes s'inoculaient de cette façon le microbe furonculeux.

Nous fîmes donc laver dans toutes ses parties avec de la liqueur de Van Swieten cet agent de contagion, et une fois qu'il fut désinfecté, qu'il fut rendu aseptique, on ne vit plus de furoncles dans le service.

Ce fait peu important en apparence, me paraît très intéressant, parce qu'il montre combien il est important d'exiger la plus scrupuleuse désinfection de tous les objets mobiliers; sans cela, on risque de propager indéfiniment un contage qui, si dans le cas particulier n'a pas été meurtrier, pouvait dans d'autres circonstances avoir des effets bien redoutables, causer l'infection puerpérale et faire bien des victimes. Il vient donc pleinement à l'appui de la proposition que nous rappelions au début de cet article et qui voulait que tout, non seulement la femme, le médecin et les aides fussent parfaitement désinfectés, mais que tout ce qui était employé par les accouchées fût l'objet de la plus rigoureuse propreté.

Ces observations mettent encore nettement en évidence la *contagiosité* du furoncle.

Sans vouloir entrer dans des détails et des développements que ne comporte pas ce travail, je ne puis m'empêcher de rappeler que la connaissance de la *nature contagieuse et microbienne* du furoncle est relativement de date récente.

Il y a quelques années à peine, en 1866, voici en quels termes s'exprimait à ce propos le professeur Trélat, dans son article *Anthrax* du Dictionnaire encyclopédique :

« Aucun fait né témoigne en faveur de la contagion de l'anthrax ; les prétendus cas de contagion qui ont été cités de loin en loin sont simplement des cas d'inoculation septique, suivis de panaris ou d'angioleucite. »

Cependant, en décembre 1878, un fait qui m'était personnel m'avait permis de mettre en doute la proposition émise par le savant professeur de l'Ecole de Paris. Ayant été appelé à donner mes soins à un malade atteint d'un volumineux anthrax à la nuque, je m'inoculais, par une gerçure que j'avais à la main, un furoncle qui démontrait, à mes dépens, l'analogie entre la nature de l'anthrax et celle du furoncle.

Ce furoncle resta isolé, plus heureux en cela que M. le Dr Gingeot qui, en soignant une dame atteinte d'un anthrax également à la nuque, s'inocula au doigt du pus virulent qui produisit un panaris. Il fut suivi de nombreux furoncles qui, pendant plus de trois ans et demi, « ne cessèrent de l'assaillir. »

Les souffrances endurées par M. le Dr Gingeot n'ont pas été inutiles à la science, car elles lui ont inspiré un travail extrêmement intéressant sur le traitement rationnel de l'affection furonculeuse (1). « M'étant aperçu, en maintes occasions, dit-il, que le traitement scientifique et véritablement efficace de la furonculose est encore inconnu d'un grand nombre de médecins d'ailleurs très éclairés, je crois entreprendre une œuvre utile en essayant, non de faire la leçon à personne, mais d'exposer, le moins longuement que je pourrai, ce que la lecture et l'étude clinique m'ont appris dans la matière. » Ceux qui liront le mémoire M. Gingeot trouveront certainement qu'en le publiant il a fait une œuvre éminemment utile.

L'anthrax et le furoncle, d'après les seules données cliniques, peuvent donc se reproduire d'homme à homme par le transport d'un contage.

Hueter, cité par M. Lœvenberg dans son important tra-

---

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1885, p. 49, 109, 172 et 202.

vail sur le furoncle de l'oreille et la furonculose (1), aurait attribué la genèse du furoncle au développement d'un organisme inférieur de la classe des schizomycètes. Mais c'est surtout à Pasteur que revient le mérite d'avoir nettement découvert la nature microbienne du furoncle.

Voici en quels termes s'exprimait l'illustre savant dans la communication qu'il fit à l'Académie des sciences, le 3 mai 1880, lorsqu'il parla de « *l'extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladies connues* (2). »

« En mai 1879, une des personnes de mon laboratoire eut de nombreux furoncles... Je me demandai si le pus des furoncles ne contiendrait pas un de ces organismes dont la présence, le développement fortuit ici ou là dans l'économie après qu'une porte lui en aurait été ouverte, provoquerait l'inflammation locale, la formation du pus et expliquerait la récidive du mal pendant un temps plus ou moins long.

M. Pasteur fit cinq expériences qui, toutes, furent suivies de la culture dans divers bouillons.

En résumé, il paraît certain que tout furoncle renferme un parasite microscopique et que c'est à lui que sont dues l'inflammation locale et la formation du pus qui en est la conséquence.

Les liquides de culture du petit organisme inoculé sous la peau à des lapins et à des cobayes font naître des abcès en général peu volumineux et qui guérissent promptement... »

Ce microbe n'est autre que le *staphylococcus pyogenes aureus*.

Ce microbe aérobie est formé de petits cocci réunis deux par deux, rarement par quatre, fréquemment associés en amas. Ils existent déjà dans la partie de la peau proéminente et rouge où le pus doit apparaître (3).

Si, dans certaines circonstances, l'inoculation de la matière

---

(1) *Progrès médical*, 1881, p. 513 et suivantes.

(2) *Compte rendu de l'Académie des sciences*, p. 1033, année 1880.

(3) *Les Bactéries*, par Cornil et Babès, 2e édition, 1886, p. 293.

furonculeuse n'a pas été suivie de furoncle, ces insuccès ne peuvent pas atténuer ni diminuer la valeur des résultats positifs et incontestables observés par J. Starttin dès 1866, par M. Trastour en 1880, par M. Lœvenberg quelques semaines après. Mais nous partageons absolument la manière de voir de M. Gingeot lorsqu'il dit que « nous tendrons à croire que le meilleur moyen de transmettre des clous avec un liquide de culture serait peut-être de tremper un pinceau dans ce liquide et d'en badigeonner une région velue en y mettant assez de force et de persistance pour bien imprégner les orifices glandulaires, puis de terminer par l'application d'un cataplasme; *théoriquement* du moins, ce procédé me paraît l'emporter sur celui de la lancette ou de l'injection sous-cutanée. »

Les exemples d'inoculation observés à la maternité de Nancy que nous venons de rapporter me paraissent remplir *pratiquement* les conditions théoriques émises par notre savant confrère. Ils sont une confirmation complète de son hypothèse.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits curieux, dans la crainte de dépasser le cadre qui nous est réservé, mais nous ne saurions terminer ce travail sans insister encore sur la nécessité de veiller à ce que tout ce qui sert aux accouchées soit absolument désinfecté. Ces faits montrent aussi combien il est difficile d'obtenir l'aseptie parfaite, combien la surveillance de l'accoucheur doit être active et combien il a besoin d'être minutieux dans ses prescriptions.

RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN PAR GLISSEMENT VERTÉBRAL (SPONDYLOLISTHÉSIS) ; — SECTIO CŒSAREA, AVEC ISSUE FAVORABLE POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT.

Par le professeur A. E. Simon Thomas (de Leyden).

Traduit du hollandais par le Dr François NEUGEBAUER fils (de Varsovie).

Le travail du professeur Simon Thomas est une nouvelle contribution à l'étude du glissement vertébral. Il a été publié, l'an passé, dans le journal *Nederlandsch Tijhdschrift voor Geneeskunde, tevens orgaan der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geeneskunst. Fweede reeks*, 21 *jaargang, afdruk.* Amsterdam, 8°. 1885. Cet article comportait 19 pages accompagnées de deux planches.

Ce journal étant peu répandu et la langue hollandaise étrangère à la plupart de mes confrères, je me suis décidé à publier cette traduction française, que j'avais entreprise avec M. le professeur Nawrocki, ci-devant professeur à Groningen, pour connaître la communication du professeur de Leyden. Je n'ai pas jugé nécessaire de reproduire les deux figures qui n'avaient, du reste, qu'une médiocre valeur quant à la précision, quoiqu'elles fussent caractéristiques en ce qui concerne la déformation pelvienne diagnostiquée.

Le 13 juillet 1884, vers minuit et demi, on vint réclamer mes soins pour la femme X.... dont le travail était arrêté par rétrécissement pelvien. De l'avis du Dr F. NIEUWENHUIJZEN, une opération difficile, peut-être même la section césarienne, allait devenir nécessaire. Arrivé chez la malade, j'appris qu'elle avait été accouchée quatorze mois auparavant (mai 1883) par le Dr METZLAR DE SASSENHEIM au moyen de l'accouchement prématuré artificiel. Le Dr METZLAR, ayant remarqué une conformation anormale du tronc et du corps, avait jugé nécessaire un examen attentif du bassin. Sans pouvoir se rendre compte du caractère de la viciation, il trouva

le bassin tellement rétréci qu'il jugea impossible la naissance d'un enfant à terme par les voies naturelles. Il provoqua l'accouchement artificiel prématuré dans la trentième semaine et opéra à l'aide du forceps, quarante-huit heures après, l'extraction de l'enfant. L'enfant, né vivant, mourut bientôt; il était de grandeur moyenne pour le huitième mois de la grossesse.

Lors de sa seconde grossesse, cette femme réclama à nouveau les secours du Dr Metzlar. Celui-ci les avait promis, après avoir prévenu toutefois que si l'on désirait un enfant à terme et vivant, il serait nécessaire d'avoir recours à l'opération césarienne qui ne pourrait être exécutée qu'avec l'aide des chirurgiens de Leyden. La femme fut effrayée et s'adressa au Dr Nieuwenhuijzen.

Le 12 juillet, le travail à terme commença. Les douleurs étaient faibles; après avoir attendu pendant plusieurs heures sans constater le moindre progrès dans le travail, la tête restait si élevée au-dessus de l'entrée du bassin qu'il était impossible de reconnaître sa position, quoiqu'on pût, sans difficulté, atteindre le promontoire. Le Dr Nieuwenhuijzen me fit appeler.

La patiente étant dans son lit, je ne pus juger de sa conformation. Il n'y avait presque pas de douleurs (les eaux étaient-elles déjà écoulées?). L'utérus paraissait de petit volume et contracté sur le fœtus situé en position longitudinale. Le ventre et le fond de l'utérus étaient renversés en avant (*venter propendens*) au plus haut degré; le fond de la matrice se trouvait à gauche; on sentait une partie grosse et dure, probablement la tête, à droite et en bas. La tête reposait sur la branche horizontale droite du pubis à l'entrée du bassin. Battements du cœur à droite.

J'atteignis avec peine l'orifice utérin qui était très élevé et regardait à droite, ses bords étaient épaissis et mous. Le col pendait comme un tube vide relâché devant la tête et, quoique peu ouvert, il permettait cependant de passer deux doigts. Je ne trouvais pas de poche des eaux. J'arrivais à

peine sur la tête déviée à droite; je ne trouvais ni suture, ni fontanelle. Le conjugué diagonal mesurait 10 centimètres; le conjugué vrai avait donc 8 centimètres. Quoique nous fussions frappés de ce que la tête, qui se présentait, ne pouvait être atteinte qu'avec grande difficulté, dans un bassin à rétrécissement relativement modéré, nous nous décidâmes à attendre encore. Les battements du cœur étaient réguliers et rien ne semblait indiquer une intervention immédiate. Tout nous laissait espérer que les douleurs, devenant plus intenses, l'accouchement se ferait par les voies naturelles.

Du reste, si une intervention était nécessaire, il nous fallait attendre le jour, en raison de la difficulté de pratiquer une opération dans une petite chambre, mal éclairée par une mauvaise lampe. Je profitai de ce répit pour demander quelques renseignements à la mère de la malade. Elle niait le rachitisme de sa fille qui, suivant sa propre expression, *avait marché toujours* et de bonne heure. A l'âge de onze ans, on l'avait placée dans la famille d'un riche paysan où elle avait été préposée à la surveillance des enfants. Dans cette famille, elle était soumise aux travaux les plus durs; elle se plaignait fréquemment de douleurs dans le dos. Vers l'âge de quinze ans, elle fit une chute, et c'est à cela que la mère attribuait la difficulté de marcher et la déformation du tronc qu'elle avait remarquées quand sa fille était rentrée à la maison paternelle. La mère ajouta que sa fille se plaignait de douleurs constantes et que « son dos était resté plus creux. » Les douleurs disparurent insensiblement, mais le dos resta creux. Le tronc était bien développé, mais, suivant l'expression caractéristique de cette femme, le ventre de sa fille « était trop court. »

Le docteur Ewijk, de Lisse, qui avait examiné la malade auparavant, m'apprit aussi qu'il avait constaté au fond du bassin la présence d'une artère trop volumineuse pour être prise pour l'artère sacrée médiane. C'est alors que me vint l'idée que nous avions affaire à un cas de spondylolisthésis. Ce qui n'était d'abord pour moi qu'une hypothèse devint

bientôt une certitude après un nouvel examen. A défaut d'un pelvimètre, il nous fallut abandonner les mensurations externes. La région pelvienne mise à nu, il était manifeste que la forme anormale du bassin, des os iliaques, leur position ne pouvaient être attribuées au rachitisme. En outre, le renversement profond, antérieur de la matrice paraissait indiquer un raccourcissement de la cavité abdominale, les dernières côtes reposant, des deux côtés, sur les crêtes iliaques. La région lombaire montrait une ensellure lordotique si prononcée que, sans difficulté aucune, la femme étant couchée sur le dos, j'y pus passer mon poing fermé.

Je pratiquai un nouvel examen au toucher et je constatai que la colonne vertébrale se prolongeait en même temps au-dessus et au-dessous du point pris d'abord pour le promontoire, suivant une ligne peu courbée que je suivis en bas jusque vers un point plus saillant dans la cavité pelvienne. A ce point cette résistance dure cessa brusquement et je ne pus sentir que la face antérieure du sacrum. Le tout se présentait comme si une tumeur dure et irrégulière s'était trouvée soudée aux premières vertèbres du sacrum et sur leur face antérieure. Une artère de l'épaisseur du petit doigt environ cheminait transversalement et en avant de cette tumeur osseuse, probablement l'artère iliaque primitive gauche, qui avait suivi la dislocation en avant et en bas de la colonne lombaire.

J'osai donc soutenir qu'à mon avis il s'agissait d'un cas de spondylolisthésis. Quant au degré du glissement, il me paraissait si prononcé que, non seulement il me parut impossible de faire sortir la tête intacte, mais je jugeai que, même après avoir pratiqué la perforation du crâne, l'excérébration — céphalotripsie ou cranioclastie — cette opération amènerait tant de complications que les chances de sauver la vie de la mère seraient encore moins grandes que si l'on pratiquait l'opération césarienne au moment où la femme n'était pas encore épuisée et où l'enfant était vivant.

Après une consultation avec MM. les docteurs N. et E.,

il fut résolu de pratiquer l'opération césarienne. Les docteurs Komrer et Rœmer, assistants à la clinique de Leyden, qui m'avaient accompagné et l'étudiant en médecine Stockum, préparèrent tout ce qui était nécessaire à l'opération.

A quatre heures du matin on endormit la femme à l'aide du chloroforme, on approcha la table le plus près possible de la fenêtre et on lava le ventre avec du savon, de l'éther et de l'eau phéniquée (5 0/0). Après avoir vidé la vessie par le cathétérisme, je pratiquai l'incision des parois du ventre suivant la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'au pubis, presque sans perte de sang. Après avoir ouvert la cavité péritonéale, je prolongeai l'incision de 5 à 6 centimètres au-dessus du nombril afin de pouvoir sortir au dehors tout le fond de la matrice. Les parois du ventre recouvertes, tout autour de la plaie, de serviettes imbibées d'une solution phéniquée faible, j'ouvris la matrice au milieu de sa paroi antérieure et j'atteignis immédiatement les membranes de l'œuf. Il fallut prolonger l'ouverture jusque vers l'orifice utérin interne de même qu'en haut jusqu'au milieu du fond de la matrice pour extraire l'enfant. Le placenta n'était pas atteint, la perte de sang était faible ; une seule petite artère, au bord gauche, nécessita la compression digitale.

Je déchirai alors les membranes et fis par le pied gauche l'extraction de l'enfant qui donnait des signes de vie. Je fis aussitôt sortir le placenta et les membranes avant de lier le cordon. Puis je pris dans mes mains la matrice ; elle donnait des contractions suffisantes. Après avoir bien adapté et serré l'une contre l'autre les lèvres de la plaie, j'appliquai vite les sutures en soie (mince mais forte) phéniquée. En commençant par en bas, je plaçai 15 à 16 sutures avec une aiguille courbe, les points de suture dépassaient d'un centimètre les bords de la plaie et s'enfonçaient à une profondeur d'au moins un centimètre. Ces sutures étaient à distance d'un centimètre les unes des autres et n'étaient serrées qu'autant qu'il le fallait pour maintenir en contact les bords de la plaie. Il n'y avait plus d'écoulement sanguin après la suture.

L'utérus avait l'aspect d'un utérus normal après un accouchement normal. J'enlevai alors les serviettes couvertes de sang et je refoulai quelques anses intestinales sorties à droite au-dessous de l'utérus. Enfin, je pus replacer la matrice et, comme la plaie ne saignait pas, je refermai l'abdomen au moyen de 13 sutures tout en saisissant le péritoine sur une largeur d'un centimètre. Je plaçai enfin quelques sutures superficielles cutanées en fil d'argent, je recouvris la plaie de gaze iodoformée et de ouate salicylée, puis j'enveloppai la malade dans un simple drap de lit.

La femme se réveilla après être enveloppée des draps et replacée dans son lit. L'enfant était un garçon à terme de grandeur moyenne (circonférence du crâne 37 et 34 cent. ; longueur de l'enfant 52 cent). Quant aux couches, il n'y a pas grand chose à en dire. L'après-midi, la température s'éleva à + 38°,6 c. avec 132 pulsations ; dans la soirée, il n'y avait que + 37°,9 c., 98 pulsations. Les jours suivants, la température se maintint un peu au-dessous de + 38° c. le matin, un peu au-dessus le soir, le pouls était de 80 à 90. Cela dura quatre semaines, quoique l'opérée se sentît bien, et malgré qu'il n'y eût pas de symptômes locaux laissant soupçonner une péritonite ou une métrite.

La plaie se ferma. On enleva quelques sutures le cinquième jour ; enfin le seizième jour, où je vis la malade la dernière fois, toutes les sutures étaient enlevées. Il n'y avait pas de sécrétion du lait. L'enfant, nourri avec du lait de beurre, allait à merveille. Au bout de trois semaines, l'opérée se levait pour la première fois ; une semaine après, la guérison était complète.

Le 1er octobre, je fis venir cette femme à notre hôpital. Je saisis cette occasion pour recueillir quelques informations plus précises sur la conformation du bassin, tandis que M. DE DEWENTER esquissait les contours du tronc vu de face et de profil. Longueur du corps, 1m,47 ; jusqu'aux épaules, à gauche, 29 centimètres ; à droite, 27 centimètres ; depuis l'épaule jusqu'à la crête iliaque, à gauche, 29 centimètres ; à droite,

30 centimètres; de la crête iliaque gauche à la plante des pieds, 90 centimètres; l'épaule droite surpassait la gauche de 2 centimètres, à cause d'une petite scoliose dorsale. Le tronc, énormément raccourci, apparaissait partout d'une largeur égale (1).

On aperçoit de chaque côté, surtout à droite, au-dessus des crêtes iliaques, quelques plis cutanés transversaux; on sent les dernières côtes à la même hauteur que les crêtes. On peut nettement distinguer toutes les apophyses épineuses dorsales et deux lombaires; plus bas, on constate une sorte de creux qui se termine, en bas, par un bord osseux obtus, passant d'une crête iliaque à l'autre. La surface postérieure sacrée y commençait tout en restant dans le même plan vertical avec les épines iliaques postérieures et supérieures. Leur distance était de 10 centimètres; le conjugué de BAUDELOCQUE, si toutefois on en peut parler ici, du bord supérieur postérieur du sacrum jusqu'au pubis, mesurait 19,2 centimètres. La ligne bi-spinale antérieure supérieure était de 25,8 centimètres, la ligne bi-cristale de 28 centimètres. Quant aux mesures obliques de NÆGELE, je mesurai : du tuber ischii d'un côté jusqu'à l'épine iliaque postérieure supérieure de l'autre côté, 18 centimètres, donc mesure normale. La distance de l'épine iliaque supérieure postérieure gauche jusqu'à l'épine iliaque supérieure antérieure droite, était de 22 centimètres, l'autre de 23,7 centimètres (mesure normale: 23 centimètres). Il y avait donc asymétrie légère du grand bassin, le petit bassin étant symétrique, autant qu'on en put juger d'après les mesures externes.

---

(1) Le raccourcissement du tronc devient plus évident quand on le compare aux mesures normales, d'après les mensurations sur un squelette du musée de Sœmmering, dans l'atlas de Kilian. Les mesures correspondantes y étaient de 26, 35, 87 centimètres; pour une longueur du corps de 1 centimètre plus grande, le tronc de notre malade est raccourci de 6 centimètres; s'il n'y avait pas spondylolisthésis, la femme X... serait plutôt d'une stature grande que petite, mesurant au moins 155 centimètres.

L'arc pubien était très rétréci, la distance bi-tubérale n'a pas été mesurée. Le museau de tanche était très rapproché de la paroi antérieure du bassin, l'utérus se trouvait à droite, un peu abaissé avec mobilité parfaite. Je pus alors nettement pratiquer le toucher d'au moins deux corps vertébraux lombaires. Je mesurai de l'angle du pubis jusqu'au point le plus saillant, en avant de la colonne lombaire, un peu plus de 8 centimètres, et, environ 2 centimètres plus haut, je sentis la bifurcation de l'aorte. (L'auteur appelle ici l'attention sur les deux figures jointes à sa communication, qui donnent une image parfaite de la déformation singulière subie par le tronc dans le glissement vertébral. Nous n'avons pas reproduit ces deux figures dont l'exécution pourrait bien être meilleure. Néanmoins il nous faut dire que les deux figures sont très caractéristiques et confirment le diagnostic de l'auteur.) Qu'il me soit permis d'y joindre quelques remarques résultant de mes observations personnelles. Le diagnostic ne me paraît pas admettre de doute. Lors de ma première visite chez la malade, je ne portai pas immédiatement le diagnostic du glissement, vu la rareté de cette déformation pelvienne et l'impossibilité de bien examiner la conformation et configuration de la femme en travail couchée dans son lit. Je ne savais alors par l'anamnèse qu'une seule chose, qu'elle avait eu déjà un accouchement prématuré avec naissance d'un enfant de grandeur moyenne, qui mourut bientôt. Ce n'est que plus tard que j'appris que le Dr M... l'avait assistée à son premier accouchement et qu'il avait proposé l'opération césarienne pour une grossesse future. Dès que j'avais soupçonné un glissement vertébral, je m'affermis dans mon diagnostic et j'agis en conséquence.

Si toutefois, pour quelques-uns de mes confrères, il pouvait y avoir des doutes sur le diagnostic, ils pourraient constater, d'après le second examen pratiqué le 1er octobre, qu'il y avait au moins les deux corps vertébraux lombaires descendus dans le bassin et qu'ils avaient glissé entre le pubis et la base du sacrum reculée en arrière. Il est incontestable que le dia-

gnostic de glissement vertébral peut être difficile et incertain pour le glissement peu développé, comme par exemple pour le bassin de MUNICH ; mais je n'admets pas qu'il puisse y avoir doute pour une déformation aussi prononcée que celle du bassin de la femme MENS.

Quant à l'étiologie, notre observation ne nous fournit rien de nouveau. Ce qui est hors de doute, c'est que la déformation dont nous venons de parler n'est pas congénitale. Dans son enfance, la malade était bien conformée, c'est ce qui ne contredit guère la possibilité d'une prédisposition quelconque à la viciation survenant par une fixité incomplète de la cinquième lombaire sur le sacrum. Cette prédisposition étant donnée à la naissance ou dans la première enfance peut bien avoir causé la déformation, d'autant plus que la femme MENS, dès sa onzième année, avait mené une vie pénible, attachée à des travaux au-dessus des forces d'un enfant. Donc la déformation aurait probablement été déjà assez prononcée vers l'âge de puberté. Je n'ose pas insister sur l'importance de la chute à la quinzième année, chute à laquelle la mère de la malade attribue la cause de la déformation. Il me paraît possible qu'une déformation déjà commencée ait été aggravée par la chute, mais je ne puis admettre que la chute seule ait provoqué cette déformation, par exemple par une luxation brusque de la cinquième lombaire en avant et en bas, parce que la compression des nerfs du *cauda equina* aurait dû causer une paralysie plus ou moins étendue, prolongée ou passagère des jambes. Cependant l'anamnèse n'en dit rien ; d'autre part elle nous prouve qu'elle ressentait des douleurs constantes dans le dos depuis l'onzième jusqu'à la quinzième année. Je serais plutôt porté à croire que, la prédisposition donnée, une vie par trop fatigante, surtout à une époque où le développement du squelette n'est pas encore terminé, que cette prédisposition a donné naissance à la déformation et causé une aggravation progressive lente, tandis que la chute à la quinzième année n'aurait d'autre signification que celle d'avoir attiré une attention plus sérieuse sur les plaintes de la ma-

lade et d'avoir amené la constatation de la déformation du tronc, de l'ensellure lombo-sacrée, du ventre raccourci, déformations qui existaient probablement depuis longtemps déjà, mais qui avaient d'abord échappé aux yeux de la mère.

Le mode et le degré de la déformation reconnus, l'enfant à terme vivant, doivent justifier la résolution que je pris assez vite de pratiquer l'opération césarienne, d'autant plus que la femme et l'enfant ont été sauvés ; d'ailleurs, c'était la seule voie qui pouvait nous conduire à une issue favorable. Je répète donc ici les motifs qui m'ont déterminé à pratiquer cette opération, en me bornant à ajouter quelques remarques sur mon procédé qui se différenciait sur plusieurs points du procédé que j'avais employé jusqu'alors.

J'ai pratiqué, outre les deux cas avec suture de la plaie utérine aux fils d'argent (1869 à Zoetermeer, et 1873 à Aarlanderveen, publiés dans les numéros antérieurs de ce journal) et le cas présent, trois fois l'opération césarienne sur des femmes qui n'avaient pas encore été fatiguées par des tentatives d'accouchement par les voies naturelles, par conséquent dans des cas où le *pronostic* n'était pas encore mauvais *a priori*. Le premier de ces quatre derniers cas concerne une femme rachitique, non mariée, primipare avec conjugué vrai d'au plus 6 centimètres, au mois de novembre 1881, à Langeraar. Je suturai ici la plus grande partie de la plaie utérine avec des fils d'argent, comme dans les deux cas précédents; la partie inférieure, s'étendant jusque dans le col, était fermée par une suture de pelletier au catgut, la suture au fil d'argent ne me paraissant guère suffisante pour éviter une hémorrhagie. La malade guérit presque sans aucune réaction, la seule plainte qu'elle prononça étant que son médecin, le Dr Fink, lui donnait trop peu à manger. Elle nourrissait son enfant et sortit guérie après trois semaines.

Les deux autres opérations furent faites à notre hôpital à Leyden, en avril 1876 et juillet 1882. Dans le premier cas, il s'agissait d'un bassin rachitique avec conjugué de 5 1/2 centimètres chez une femme mariée de 30 ans, accouchée autrefois,

via naturali, d'un enfant anencéphalique macéré ; cette fois la grossesse était à terme. L'incision utérine dans la ligne blanche tombait sur le placenta, d'où hémorrhagie assez considérable; extraction manuelle de l'enfant et du placenta avec la poche, dix points de suture en fil d'argent à distance d'un centimètre pour la plaie utérine, toilette de la cavité péritonéale, la plaie abdominale fermée par des sutures profondes entortillées et superficielles enchevillées. L'issue ne fut pas favorable. Déjà, vingt-quatre heures après, il y avait péritonite diffuse manifeste, la mort survint quarante-huit heures après. A l'autopsie, la plaie utérine nous paraissait fermée dans sa plus grande partie, mais il y avait gangrène du bord droit de la plaie vers son milieu, sur une étendue d'environ 2 centimètres. La gangrène dépassait le bord de la plaie d'un centimètre et demi et intéressait presque toute l'épaisseur de la paroi utérine ; deux sutures rompues pendaient dans le bord gauche de la plaie. Il n'y avait point de sécrétions de la cavité utérine passées dans la cavité du péritoine, quoique la communication existât peut-être.... S'il y avait eu un épanchement, je crois qu'il était dû plutôt à une hémorrhagie dans la cavité péritonéale pendant l'incision de la matrice, par conséquent à une hémorrhagie antérieure à la gangrène, à un épanchement à une époque où il n'y avait pas encore de chances pour un passage des sécrétions utérines dans la cavité péritonéale.

La seconde opération césarienne dans notre hôpital avait été nécessitée par un fibroïde avec issue de la paroi antérieure du sacrum, qui remplissait le petit bassin. La femme, que j'avais déjà accouchée une fois à l'aide du forceps et une fois par la perforation à HAAG, pendant que la tumeur était encore petite, était enceinte pour la troisième fois. Quelques jours avant terme, il y avait eu écoulement des eaux la femme ne tarda pas à solliciter nos secours. J'habitais alors Gelderland et ne pus voir la femme que neuf heures après son arrivée. Mon fils, le Dr P.-X. SIMON THOMAS, alors mon assistant, essaya d'atténuer les douleurs par le chloroforme, ce qui n'em-

pêcha cependant pas la mort de l'enfant. Je fis l'opération aussitôt que j'eus vu la femme. Je tombai sur le placenta. La paroi utérine était extrêmement mince dans sa partie inférieure, il y eut une forte hémorrhagie. Je cloisonnai d'abord cette partie de la plaie avec une suture de pelletier en catgut pareille à celle que j'ai mentionnée plus haut, le reste de la plaie aux parois plus épaisses était fermé par dix sutures profondes en fil d'argent. Après avoir fait sortir la matrice en dehors de la plaie abdominale, avant d'en faire l'incision, et après avoir placé des linges phéniqués tout autour, le sang ne pouvant point entrer dans la cavité péritonéale, il me suffit d'essuyer la matrice et de la remettre en place. Les parois abdominales étaient suturées comme d'ordinaire. Les deux premiers jours tout allait bien, sauf des coliques abdominales légères et la soif; la température ne dépassait guère + 37°,8 c. (100 pulsations); le second jour, il y avait + 38°,1 c. (104 pulsations) au maximum. Le troisième jour, la malade devint inquiète, se plaignit d'angine et de nausées, le pouls devint plus fréquent. Elle perdit conscience et mourut sous collapsus le quatrième jour. A l'autopsie, péritonite diffuse. La partie de la plaie suturée par les fils d'argent était fermée, sauf une légère coupure du péritoine par la troisième suture d'en bas, mais la suture au catgut avait lâché, donc il y avait déhiscence, diastase des bords de la plaie.

Ici donc il y a lieu de supposer un épanchement des liquides utérins dans la cavité péritonéale, et probablement c'est à une péritonite septique qu'il faut attribuer cette mort rapide.

J'ai rapporté ici, en détail, les trois opérations césariennes que j'ai pratiquées, en outre des deux publiées en 1869 et 1883 en même temps que la dernière, dans le but d'y joindre quelques observations qui me semblent avoir une certaine importance au point de vue pratique.

Il est évident que dans des cas de rétrécissement pelvien au degré indiqué, le moment de l'opération est indiqué quand l'orifice est ouvert de 2 à 3 centimètres, que les douleurs sont

encore régulières, les poches rompues et que l'enfant n'a pas du tout souffert ou du moins très peu.

En cas de persistance de la poche à cette époque, on la rompra avant de procéder à l'opération. Il va sans dire que l'incision portera sur la ligne blanche et qu'on arrêtera l'hémorrhagie des parois au moyen des pinces hémostatiques de PÉAN ou de la ligature pour empêcher l'entrée du sang dans la cavité péritonéale. Dans mes deux dernières opérations, je fis l'incision assez longue pour faire sortir au dehors la matrice entière, et je garnis les alentours de gaze phéniquée. J'attache une certaine importance à cette dernière mesure qui empêche l'entrée du sang dans le ventre pendant qu'elle le met à l'abri de l'influence de l'air frais. Il faudra prolonger, souvent, sinon toujours, l'incision au-dessus du nombril pour faire sortir au dehors la matrice entière avant de l'ouvrir, mais je n'y vois aucun inconvénient, la plaie longue se fermant aussi bien qu'une plaie courte, une fois que la suture est solide et suffisante.

L'utérus sorti de la cavité péritonéale, je fais l'incision sur la ligne médiane de son corps. En agissant ainsi, on peut tomber sur le placenta et ce n'est certes pas un avantage. Je ne connais, du reste, aucun moyen pour prévenir cet accident si l'on opère, ce qui est préférable, après la rupture des membranes et si de cette façon on a rendu inutile la ponction avec la seringue de Pravaz recommandée par Halbertsma.

La perte de sang devient sans doute alors beaucoup plus considérable, mais dans les trois cas où cela m'est arrivé (1876, 1881, 1882), elle n'a pas été assez grande pour mettre en danger la vie de mes opérées.

L'incision utérine ne doit pas s'étendre, en bas, plus loin qu'à la région de l'orifice interne.

Deux fois je l'avais prolongée jusque dans le col (1881, 1882); mais les parois utérines, beaucoup plus minces dans cet endroit, me rendirent extrêmement difficile la suture de la plaie. Dans les deux cas, j'employai la suture de pelletier au catgut et j'en obtins un bon résultat en 1881, car la femme guérit

très vite. Dans le second cas, au contraire, cette suture avait lâché, en accélérant, je ne dis pas en causant, la mort.

Pour obvier à cet inconvénient, dans ma dernière opération (1884), je prolongeai l'incision en haut, autant que cela était nécessaire pour l'extraction de la tête. L'incision m'amena alors sur les parties les plus épaisses des parois utérines et les conditions pour une guérison sûre et rapide furent remplies dès que la suture fut bien établie.

Si l'on opère à temps, l'utérus se contracte suffisamment après avoir été vidé; du moins on peut obtenir cette contraction en le serrant avec les mains. L'utérus se trouve alors encore en dehors des parois abdominales. Dans les six cas je n'ai éprouvé aucune difficulté pour faire l'adaptation précise des bords de la plaie et chaque fois l'utérus a pris la forme d'un utérus vidé, sans incision, par les voies naturelles.

Cinq fois j'avais suturé la musculaire épaisse par des sutures de fil d'argent très rapprochées l'une de l'autre et profonde à 1 cent. au moins, la sixième fois j'ai usé des fils de soie minces mais forts et phéniqués. A mon avis, les fils d'argent sont aussi utilisables que les fils de soie, cependant il serait possible d'accorder la préférence à ces derniers, parce qu'on évite de laisser dans la cavité péritonéale les petits bouts libres des fils qui ne s'enveloppent probablement pas si facilement que les fils de soie. Je n'ai aucune confiance dans le catgut, employé par plusieurs chirurgiens pour les sutures précédentes. Deux fois je l'ai employé pour fermer une partie de la plaie; dans un cas la suture paraît avoir tenu, dans l'autre elle a lâché.

Dans aucune de mes opérations je n'ai songé à employer le procédé préconisé par Saenger et Léopold au commencement de l'année 1882, procédé qui, avec quelques modifications, a été employé au mois de mai de la même année (1).

Saenger veut réséquer une lame de tissu musculaire de

---

(1) S. Leopold. *Ein Kaiserschmitt mit Uterusnaht, u. s. w.* (*Archiv. für Gynækologie*, Berlin, 1882. Bd. XIX, Hft 3, s. 400.)

l'utérus sur chaque bord de la plaie sans enlever le péritoine pour rendre de cette façon libre une partie de ce dernier de chaque côté, cette partie pouvant être renversée en dedans entre les deux bords de la plaie. Il veut donc accoler l'une sur l'autre deux surfaces péritonéales qui s'unissent mieux. Dans mes cinq premières opérations, je n'avais pas encore connaissance de ce procédé ; lors de ma sixième opération, je le connaissais, mais je me refusai à suivre les conseils de Léopold, quoique sa malade ait complètement guéri après quelques accidents.

Pour une suture des intestins après résection partielle ou après une plaie intestinale accidentelle, comme elle a lieu quelquefois dans les ovariotomies, j'accepte bien la valeur de cette manière de fermer la plaie avec opposition séro-séreuse des bords de la plaie, parce que les parois des intestins étant très minces, c'est la seule façon de fermer la plaie d'une manière suffisante pour empêcher la sortie du contenu des intestins ou des gaz intestinaux dans la cavité péritonéale.

Dans l'utérus d'une femme nouvellement accouchée, la forme physique des parties anatomiques est tout autre.

Ici les conditions sont telles que l'incision longitudinale de la musculaire nous donne deux surfaces de la plaie, qui appartiennent l'une à l'autre et qui doivent s'adapter promptement et qui, bien suturées et l'antisepsie observée, doivent d'ordinaire garantir la guérison de la plaie.

Parmi les six femmes que j'avais traitées de cette façon, quatre ont guéri presque sans aucune réaction et quoique je n'eusse pas eu heureusement l'occasion d'examiner ce qu'était devenue ma suture et la plaie utérine. Dans ces quatre cas, j'ose dire que l'évacuation d'une sécrétion de la plaie ou du contenu de l'utérus dans la cavité péritonéale me semble avoir été impossible. Il est vrai que deux de mes opérées sont mortes (à notre hôpital de Leyden). Chez la première, qui vint dans une époque fertile en différentes complications chez d'autres accouchées (en 1876), l'autopsie présenta une gangrène partielle d'un bord de la plaie, ce qui ne serait probablement pas

arrivé si j'avais connu déjà les idées de Léopold ou si je les avais conçues moi-même; dans le second cas de mort où la nécropsie présenta une déchirure de la partie inférieure de la plaie portant sur le col utérin, ce n'est guère mon procédé de suture, mais le matériel employé, le catgut, qui avait été la cause de ce triste événement.

La plaie paraissait bien fermée dans toute son étendue, elle embrassait le tissu musculaire plus épais et suturé aux fils d'argent. Mon procédé de suture a donc rempli utilement son but dans cinq cas sur six.

Dans quatre de ces cinq cas, les couches se sont passées sans accident et je crois pouvoir me féliciter de l'issue heureuse d'une opération qui n'est pas sans inspirer de légitimes appréhensions. De plus, je ne crois pas que mes résultats eussent été meilleurs si j'avais suivi dans mes derniers trois cas le conseil donné par Porro, en 1873, celui de faire suivre la section césarienne de l'hystérectomie et de fixer extra-peritoneum la partie du col qui reste, comme après l'hystérectomie pour fibro-myôme. Si la suture exacte avec replacement consécutif de la matrice dans sa place répond à sa tâche, ce procédé me paraît beaucoup plus sûr et beaucoup plus simple, le traitement post-opératoire beaucoup moins compliqué et moins exposé à une infection secondaire, que lorsqu'on a serré le moignon de l'utérus assez fortement pour ne plus craindre une hémorrhagie et lorsqu'on le fixe en dehors, pour que la partie externe tombe par gangrène et le moignon s'unisse à la plaie abdominale. Dans les cas de rétrécissement rachitique du bassin à un degré où un enfant à terme vivant aurait dû subir la perforation pour être extrait, quoique le bassin eût pu permettre d'extraire un enfant vivant à l'aide de l'accouchement artificiel prématuré, l'accoucheur n'a pas le droit de priver la femme de la possibilité d'une maternité future. L'opération de Porro doit être réservée pour de tels cas comme rationnelle, lorsque l'expérience aura prouvé que ses résultats surpassent de beaucoup le chiffre des guérisons de toutes les autres opérations conservatrices qui n'enlèvent point la ma-

trice. Lorsque, par exemple, après l'opération de Porro il n'y aura plus une mort sur trois opérations, mais une sur dix ou douze, quoiqu'un tel résultat n'ait pas été atteint, ni par Porro ni par ses partisans. L'on disait de l'opération de Porro qu'elle empêchait toute nouvelle conception, surtout au point de vue des cas d'un tel rétrécissement du bassin, où il faudrait provoquer dans une grossesse suivante l'avortement pour éviter l'opération césarienne à terme. Je suis de cet avis, mais il me semble qu'il y a des moyens bien plus simples pour atteindre le même but. La castration pendant que la matrice est encore en dehors du ventre n'est ni difficile, ni dangereuse, ni longue, si on s'en rapporte aux résultats des opérations de Battey ou d'Hégar.

Mais on n'a pas besoin d'aller si loin, puisqu'il suffit de faire la ligature des trompes pour empêcher le contact du sperme avec l'œuf. On atteint ainsi la stérilisation de même que par l'hystérotomie, tout en gardant à la femme ses règles, fonction d'ailleurs assez importante pour l'organisme (1).

Je ne désapprouve donc pas l'opération de Porro comme inadmissible ou superflue, mais je veux garder cette opération comme dernière ressource, peut-être utile, dans certains cas d'opération césarienne, où l'incision simple de l'utérus avec suture suivante de la plaie n'offre presque pas de chances de sauver la mère. Il y a eu et il y aura certainement toujours des cas, où l'on aura laissé passer le moment favorable pour la section césarienne, parce qu'on jugeait le bassin plus grand qu'il ne l'était en vérité ou parce qu'on essayait d'abord d'autres procédés comme la version, l'extraction, la perforation, en ne remarquant que trop tard que le seul moyen pour accoucher la femme était l'opération césarienne. En outre, il y aura

(1) Si l'on trouve insuffisante cette manière d'atrésier les trompes, on pourra bien, sans grande difficulté, faire la ligature double de chaque trompe, puis trancher la partie entre les deux ligatures, au moyen du couteau ou du thermo-cautère de Paquelin, pour être plus sûr du résultat et du procédé.

toujours des cas ou une sage-femme ou un médecin peu au courant des rétrécissements pelviens considérables aura attendu jusqu'à ce qu'il y ait eu rupture utérine ou métrite. Si l'on est appelé dans un tel cas, les chances pour sauver la mère seront faibles; la femme supportant encore bien et sans collapsus l'opération, l'utérus épuisé, déchiré ou enflammé, ne sera point très disposé à une guérison prompte, quelle que soit la suture. Un tel organe, qui même sans l'opération césarienne menace la vie de la femme, ne doit pas être abandonné dans la cavité péritonéale. Les chances de sauver la vie n'étant que très médiocres dans ce dernier cas, on pourra peut-être espérer d'améliorer quelque peu la situation, si l'on réussit d'une façon non immédiatement dangereuse à enlever en totalité l'organe qui menace la vie. C'est pour ces cas que je suis d'avis qu'il faut réserver l'opération de Porro, parce que ce n'est qu'alors seulement qu'elle me paraît rationnelle. Dans les cas moins désespérés, comme dans mes deux premiers et les quatre ci-dessus décrits, où je pus exécuter l'opération sans que la femme eût déjà beaucoup souffert, sans qu'elle eût été maltraitée par différentes autres tentatives d'accouchement par les voies naturelles; dans ces cas, je crois que mon procédé serait préférable pour sauver, je ne dis pas toutes, mais la plupart des femmes.

Je voudrais encore ajouter une observation. L'opération césarienne doit pouvoir être pratiquée par chaque accoucheur, même par les praticiens qui exercent à la campagne, malgré qu'ils ne soient pas pourvus de tous les moyens auxiliaires que nous fournit l'hôpital.

Pour cela il est de la plus grande importance que la technique soit la plus simple possible, qu'elle ne demande d'autres auxilliaires que ceux que chaque praticien a toujours à sa disposition, que l'opération même ne demande point d'autre habileté que celle que l'on peut supposer chez chaque accoucheur. Un bistouri simple et un autre boutonné, une sonde creuse, des ciseaux, quelques pinces hémostatiques et des aiguilles courbes d'une grandeur moyenne, du fil d'argent ou de

la soie phéniquée, quelques éponges propres et des serviettes minces, trempées dans l'eau phéniquée, le savon et l'éther pour laver le ventre, enfin une quantité suffisante de chloroforme, c'est tout ce qu'il faut pour pratiquer l'opération, même dans le logement le plus pauvre. Quant à la technique, elle n'est pas moins simple. Après l'incision abdominale, l'on prolonge la plaie en haut autant qu'il est nécessaire pour faire sortir en dehors la matrice entière non ouverte et l'on couvre les alentours de la plaie abdominale avec des serviettes phéniquées. Puis on ouvre l'utérus suivant la ligne médiane sur sa paroi antérieure dans une étendue suffisante pour extraire l'enfant et le placenta avec la main. L'on fera l'adaptation des bords de la plaie, la ligature des vaisseaux, la suture des parois utérines par quelques sutures profondes rapprochées l'une de l'autre, suffisamment serrées pour fermer la plaie, la toilette externe de l'utérus et la reposition de l'organe vidé dans la cavité péritonéale où tout écoulement du sang a été rendu impossible. L'on fermera ensuite la plaie abdominale par des sutures en fil d'argent ou de soie, ou avec quelques sutures entortillées, si l'on dispose de quelques épingles de Carlsbad; enfin l'on enveloppera l'opérée dans des linges frais; c'est tout ce qu'il faut pour le cas où l'on opère au moment favorable, et cela ne sera, je crois, contesté par aucun opérateur.

Nota : Ce n'est qu'après avoir écrit ces pages que je pris connaissance de la description de deux nouvelles opérations de Léopold d'après la méthode de Saenger, dans le journal *Archiv fur Gynækologie*. Ces deux opérations ont eu une issue heureuse pour la mère, quoiqu'il y eût eu des complications sérieuses. Dans le premier cas, il paraît qu'il y avait eu une extravasation dans la moitié droite du grand bassin, qui ne s'était résorbée que très lentement et qui n'avait pas encore tout à fait disparu lorsque la malade quitta pour la première fois son lit, quatre semaines après l'opération. Dans le second cas, où Léopold ne réussit pas à bien fermer la partie inférieure de la plaie, il s'y forma un abcès le douzième jour, cet abcès s'ouvrit

dans l'angle inférieur de la plaie en laissant sortir une grande quantité d'un pus très fluide et fétide, puis une suture de soie et quelques débris de tissu nécrosique. Cette femme quitta son lit quatre semaines après l'opération, et deux semaines plus tard l'hôpital, la plaie étant fermée. sauf une fistule de la paroi abdominale. Donc, quoique les deux femmes aient été sauvées, la marche de leur guérison ne fut pas si simple que dans quatre de mes six opérations avec réunion simple de la plaie utérine sans aucune résection des tissus utérins et sans renversement du péritoine en dedans de la plaie.

Il faut aussi retenir comme très important ce que dit Léopold à la fin de son article : *Il ne procédera plus de la même façon dans une opération ultérieure.* Il lui semble que la résection du tissu utérin n'a pas été toujours aussi exacte et aussi nette que dans son premier cas. C'est à cette irrégularité qu'il attribue la marche moins heureuse de la guérison dans les derniers cas. D'ailleurs, il croit que dans le cas d'une opération césarienne renouvelée sur la même femme, la résection répétée d'une partie des tissus utérins ne pourrait se faire sans offrir de graves complications au point de vue de l'extension plus faible de la paroi antérieure de l'utérus, qui, en présence des cicatrices préexistantes, sera peu disposée pour une résection nouvelle.

D'après ce que dit Léopold, il est probable qu'à l'avenir il se bornera à décoller (miner) seulement la séreuse sans réséquer le tissu musculaire ; mais il n'est pas prouvé qu'il pourra réussir à renverser le péritoine en dedans de la plaie de façon à ce qu'il y ait opposition de deux surfaces péritonéales.

Léopold termine sa communication en disant :

« Um demnach ein möglichst conservirendes Verhalten aus zubilden, ist es Aufgabe, auch ohne Resection die klaffende Uteruswunde so zu vernaehen zu lernen, dass sie fest verschlossen und sicher vor Nachblutungen versenkt werden kann. In dem nächsten Falle werde ich demnach von der Resection Abstand nehmen. »

Je crois que mon procédé satisfait à tout ce que Léopold a demandé.

Prof. Dr A. T. SIMON THOMAS.

Il n'y a pas longtemps, j'ai traduit pour les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1886, n° 7, p. 373-392; n° 8, p. 469-487 (*à suivre*) : « *Contribution anatomique et clinique à l'étude du glissement vertébral* (spondylolisthésis, *par* FELICE MEOLA (de Naples), *traduction française d'après le texte italien avec remarques personnelles, par le* Dr FRANÇOIS L. NEUGEBAUER fils (de Varsovie), un autre nouveau travail sur le glissement vertébral de FELICE MEOLA à Naples, qui n'est pas sans importance pour quelques-unes des questions traitées par SIMON THOMAS. En outre, le Dr FIRNIG, de Cologne, a présenté tout dernièrement au Congrès de la Société de Gynécologie allemande, à Munich, le 17 juin 1886, un nouveau bassin spondylolisthésique obtenu à la suite d'une opération césarienne malheureuse (Centrabl. f. Gynækologie, 1886, n° 30, p. 483-485). Ce bassin sera décrit spécialement. Nous-même ayant continué nos études sur cette question si intéressante, sur les problèmes encore incomplètement analysés, publierons bientôt une nouvelle contribution à l'étude du glissement vertébral tout en tenant compte de ce qui a été publié dès notre dernière communication en 1885 (Archiv. f. Gynækol. B. XXV) par Arbuthnot Lane, Lambl, Lombard, de Saint-Moulin, Felice Meola, Simon Thomas, Ahlfeld, Firnig et d'autres confrères.

N. B. — Tout dernièrement, le 26 juillet 1886, nous avons eu l'occasion de mettre en pratique, pour la première fois, les propositions théoriques du professeur Simon Thomas, dans une opération césarienne que nous avons pratiquée avec le Dr Bieganski, à Varsovie, dans l'asile dont il est le directeur. Nous avons suivi l'exemple et les conseils de Simon Thomas, en suturant la plaie utérine sans résection musculaire et en liant les deux trompes à une distance de 4 cent. du bout utérin par une simple ligature en fil de soie pour empêcher une nouvelle grossesse. Il s'agissait d'une primipare non mariée de 24 ans, couturière, dont le bassin était rétréci par suite d'une paralysie infantile de la jambe

gauche (conj. vrai de 5,8 cent., conj. externe de 15,0 cent. Longueur du corps 141 cent. Diam. bitrochant. 29,0 cent.; bi-cristal. 23,0 cent.; bi-spinal ant.-sup. 25,0 cent.; bassin plat non rachitique). Quoique l'opération fût faite dans des conditions favorables quant à l'état général de la santé de la mère, elle succomba le troisième jour, probablement par suite de péritonite septique. Nous avons enlevé la matrice quelques heures après la mort de l'opérée. La plaie suturée par 5 sutures en fil d'argent et 10 à 12 sutures en fil de soie paraît bien fermée, les bords de la plaie bien unis. L'observation sera publiée et la pièce anatomique présentée prochainement par notre confrère Dr Bieganski à la Société médicale de Varsovie. L'enfant, né vivant, se porte à merveille.

Dr F.L. Neugebauer.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juin 1886.

M. Terrillon relate un cas d'**hystérectomie** qu'il a pratiquée, chez une femme âgée de 45 ans, pour des myômes utérins, dont l'un était très volumineux et kystique. *Guérison.*

L'incision abdominale faite, on constata l'existence de deux tumeurs : l'une, beaucoup moins considérable, occupait la corne droite, fibrome de consistance très ferme, qui fut énucléé. La seconde tumeur, très volumineuse et polikystique, fut ponctionnée plusieurs fois. Une des ponctions donna issue à environ 2 litres 1/2 de liquide citrin.

On plaça sur l'utérus, à peu près au niveau de son insertion avec les culs-de-sac vaginaux, un lien élastique, et l'on excisa, en masse, utérus et tumeur. Le pédicule, gros comme le poing, fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie, après qu'on eût obtenu une occlusion parfaite de la cavité abdominale, en suturant, suivant la méthode d'Hégar, le péritoine du pédicule avec le péritoine pariétal. La portion extrapéritonéale du moignon fut cautérisée avec du chlorure de zinc et entourée de gaze iodoformée. Suites opératoires excellentes. Le pédicule se détacha le quinzième jour; le trente-cinquième, la surface de section était parfaitement cicatrisée. Guérison définitive.

CONGRÈS ALLEMAND.

SÉANCES DU PREMIER CONGRÈS TENU A MUNICH PAR LA SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE ALLEMANDE.

M. Muller (Berne). — **Traitement à instituer après les laparotomies laborieuses.**—M. Muller s'est préoccupé du traitement prophylactique des accidents d'étranglement et d'obstruction de l'intestin que l'on voit parfois survenir à la suite d'ovariotomies laborieuses. Les processus inflammatoires développés au niveau du pédicule, le contact des anses intestinales avec la plaie cutanée, la production, au cours de l'opération, de lésions accidentelles, l'existence de surfaces avivées étendues, sont autant de conditions qui favorisent l'établissement d'adhérences entre les anses intestinales. Ces adhérences deviennent le point de départ des accidents qu'il s'agit de prévenir. Jusqu'à présent, le seul moyen qu'on ait eu pour tâcher de s'en garer, était de renoncer au bandage compressif, dont on peut, à la vérité, se dispenser dans certains cas, mais qui, parfois aussi, a des indications spéciales. Or, on peut, même en laissant les opérées avec leur bandage, lutter efficacement contre la production des adhérences. Le procédé consiste à maintenir éloignées les anses de l'intestin à l'aide d'un liquide que l'on injecte dans la cavité abdominale. Ce liquide doit être antiseptique, dépourvu de propriétés irritantes ou toxiques, facilement résorbable ou en de telles conditions qu'il soit aisé de le faire écouler. M. Muller a employé une solution stérilisée à 7 p. 100 de chlorure de sodium. Dans un cas, il a injecté 2,400 grammes. Le seul phénomène anormal observé a été l'accélération du pouls et de la respiration. Pas le moindre symptôme d'infection. On pourrait sans doute prévenir cette accélération du rhytme cardiaque et respiratoire, en n'injectant à la fois que des quantités modérées de liquide et en le faisant écouler de temps en temps par le drain laissé à demeure.

M. Bayer. — **Du placenta prævia.** — La théorie de M. Duncan, relative aux hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta vise, *exclusivement*, les hémorrhagies qui surviennent sous l'influence des contractions utérines proprement dites. Depuis, on a appris à connaître la *formation d'un segment inférieur de l'utérus*. Celui-ci n'est pas uniquement constitué aux dépens de la portion inférieure de la

matrice; il représente, en réalité, une zone qui se distingue par des propriétés tout à fait spéciales. *Elle ne prend pas part à la contraction et, l'accouchement terminé, elle reste dans un état de relâchement très marqué.* On a relié la production des hémorrhagies à la formation de ce segment inférieur, et comme celle-ci s'opère pendant la gestation, les hémorrhagies de la grossesse paraissent expliquées.

Si l'on accepte que le segment inférieur est constitué par la partie inférieure du corps de l'utérus, il faut nécessairement admettre aussi que le placenta s'insère en tout ou en partie sur ce segment inférieur. Or, il y a là — tout au moins pour les cas à heureuse issue — une *impossibilité physiologique*, car la zone en question étant entièrement dépourvue de la faculté de se rétracter ou de se contracter, les femmes devraient être *fatalement* vouées à la mort. L'opinion d'après laquelle le segment inférieur se forme aux dépens de la portion sus-vaginale, rend mieux compte des phénomènes observés. Sans doute, il reste encore quelques points obscurs, mais cela tient à ce que les conditions varient avec les cas. Se fondant sur l'analyse de 20 observations, l'auteur conclut que dans le placenta prævia on trouve des conditions analogues à celles qui existent dans l'accouchement prématuré, c'est-à-dire que, en semblable occurrence, le développement défectueux de la portion sus-vaginale constitue un phénomène réellement typique, que parfois l'orifice interne reste fermé jusqu'au début du travail proprement dit, qu'il arrive même que la formation du segment inférieur ne s'opère pas.

L'auteur distingue :

a. *L'insertion simplement basse* (placenta latéral) *du placenta.* Le bord inférieur du délivre arrive à proximité de l'orifice interne. Dans ces cas, pas d'hémorrhagies avant le début du travail. Elle survient, si une portion du placenta séjourne dans l'aire de la pression, c'est-à-dire quand le segment inférieur ne se développe pas d'une façon normale.

b. *Le placenta prævia proprement dit.* Il entend par là qu'à un certain moment une portion du placenta recouvre l'orifice interne. Entre le placenta prævia central et le placenta latéral, il n'existe qu'une différence très relative. Le premier type peut, au cours de la gestation ou seulement au moment du travail, se transformer dans le second, si le segment inférieur se développe d'une façon convenable.

Les phénomènes qui caractérisent habituellement le placenta central peuvent se manifester alors même qu'un très petit lobe placentaire seulement, recouvrirait l'orifice interne.

Lorsque l'orifice interne s'ouvre, se dilate, forcément le tissu placentaire qui s'y insère doit se décoller ou se déchirer; dans les deux cas, il y a hémorrhagie. Si celle-ci survient durant la grossesse, et si l'interruption de la gestation n'en est pas la conséquence, on peut être sûr que le placenta présentera des altérations anatomiques. Dans les cas observés par l'auteur, ces altérations ont *toujours* été constatées quand des hémorrhagies avaient eu lieu pendant la grossesse; *toujours* elles avaient manqué quand la perte de sang ne s'était déclarée que pendant le travail.

Les hémorrhagies doivent être rangées en deux groupes, suivant le moment de leur production.

1° *Hémorrhagies durant la grossesse.* Elles surviennent dans les cas où l'orifice interne s'ouvre pendant la gestation.

a. Le placenta reste parfaitement adhérent au niveau de sa base d'insertion; seuls les lobes du délivre qui recouvrent l'orifice interne se déchirent. La déchirure peut intéresser le chorion, ce qui entraîne parfois le début prématuré du travail, parfois la mort du fœtus... Quand l'orifice interne ne s'ouvre que lentement, le tissu placentaire peut devenir le siège de lésions superficielles qui pourraient être l'origine de certains placentas *marginata* et *succenturiæ.*

b. Si l'épanouissement de l'orifice interne n'entraîne le décollement que de très petits lobes, ils pendent dans le segment inférieur, et l'hémorrhagie s'arrêtant, ils s'aplatissent, s'atrophient... et donnent sans doute lieu à des *placentas marginata partiels.*

Si, après ce décollement de petits lobes du tissu placentaire, la grossesse se prolonge assez longtemps, le segment inférieur peut se développer d'une façon normale. Il peut même arriver que l'hémorrhagie ne se reproduise pas sous l'influence du travail.

2° *Hémorrhagies survenant sous l'influence des contractions proprement dites* (douleurs du travail). C'est à ces hémorrhagies que convient la théorie de Duncan. Tant que l'œuf reste intact, l'utérus attire le placenta par en haut. Le délivre, nécessairement, se décolle de plus en plus. Les lobes décollés sont, dans ce cas, épais, spongieux, imbibés de sang, violacés, parsemés de caillots. En outre, s'il y a eu déjà, pendant la grossesse, des pertes de sang, le tissu pla-

centaire offre les altérations anatomiques signalées précédemment.

Dans des cas plus rares, l'orifice utérin reste fermé tant que le travail n'est pas franchement déclaré. On ne trouve pas alors dans le tissu placentaire ces transformations de tissu qui mettent toujours un certain temps à se produire. Enfin il n'y a jamais eu, dans ces cas spéciaux, d'hémorrhagies pendant la grossesse.

En terminant, l'auteur établit la division suivante :

1° *Placenta prævia avec développement normal de la portion sus-vaginale.* Hémorrhagies pendant la grossesse; altérations anatomiques du tissu placentaire.

2° *Placenta prævia avec intégrité parfaite du col jusqu'au début du travail.* Pas d'hémorrhagies pendant la grossesse, pas d'altérations anatomiques du tissu placentaire.

La communication de ce travail a été le point de départ d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Schatz, Küstner, Veit et Hofmeïer. Il semble résulter de cette discussion que la solution de la question exige de nouvelles recherches. D'après M. Hofmeïer, les démonstrations anatomiques, qui manquent absolument, sont nécessaires. Il ne croit pas non plus que la contraction du segment inférieur soit indispensable à l'arrêt de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Il a recherché à quel niveau les vaisseaux abordaient le tissu utérin. Et il a constaté, sur une pièce, que les branches vasculaires importantes le pénétraient au point où le péritoine adhère intimement à la matrice. Les contractions du segment inférieur ne seraient donc pas nécessaires pour l'hémostase.

M. Fehling. — **Relations qui existent entre l'état du sang chez les femmes grosses et la composition du liquide amniotique.** — Ces recherches sont basées sur l'opinion que le liquide amniotique provient d'une exsudation qui se fait aux dépens du système vasculaire de la mère.

Elles semblent prouver que, contrairement aux résultats annoncés par MM. Andral, Gavarret, Nasse, etc., il y aurait chez les femmes enceintes augmentation de l'hémoglobine du sang. Cette augmentation s'expliquerait aussi facilement par la suractivité du processus de nutrition pendant la grossesse, que la diminution de cette même substance après le travail s'explique par la soustraction de sang qui se produit. Diminution surtout marquée dans le cas de placenta prævia.

Le nombre des globules rouges oscille entre 3 et 4 millions. Il varie directement avec la quantité de l'hémoglobine. Mais il n'existe pas de rapport défini entre celle-ci et l'abondance du liquide amniotique. La quantité du liquide n'influe pas essentiellement sur sa densité, qui dépend surtout de la proportion d'albumine qu'il contient.

Mais il existe, entre la quantité d'hémoglobine du sang maternel et la quantité d'albumine du liquide amniotique, un rapport si constant que l'une peut se déduire de l'évaluation de l'autre.

M. Fehling pense que ces résultats sont de nature à confirmer l'opinion que le liquide amniotique provient, en grande partie, par exsudation, du sang maternel.

M. Sänger (1). — **Sur la palpation des uretères.** — Il ne s'agit pas d'une chose absolument nouvelle. La possibilité de reconnaître à travers la paroi vaginale les uretères a déjà été signalée (Hegar, Croback, Winckel...), mais personne n'avait encore fait de la palpation des uretères une méthode générale destinée à permettre le diagnostic de certaines affections des organes urinaires (inflammations du bassinet, hydronéphrose, urétérite, néoplasmes...), qui autrefois n'étaient souvent constatées qu'à l'autopsie. La palpation des uretères prend une importance capitale quand il s'agit de maladies du rein qui peuvent faire songer à la néphrectomie. Mais, pour arriver à la bien pratiquer et à en tirer des renseignements sûrs, il faut s'habituer à reconnaître à travers le vagin les différentes parties des organes urinaires (urèthre, col de la vessie, trigone de Lieutaud, cloisons uréthro-vaginale et vésico-vaginale, ligament inter-urétérique...).

M. Zweifel présente :

1° **Un appareil** destiné à maintenir les membres inférieurs de la patiente pendant les opérations pratiquées sur la zone génitale.

2° **Un filtre** permettant de débarrasser les liquides des bactéries qu'ils contiennent. Une série de considérations et l'observation des faits cliniques ont conduit M. Zweifel à penser que le virus variolique, contrairement à celui de la rougeole, de la scarlatine, était soluble. Il croit également qu'en filtrant, à l'aide de son appareil ou d'appareils semblables la lymphe avec laquelle on vaccine, on la débarras-

(1) Sänger a publié un article détaillé sur la question. (Voir *Archiv für Gynäk.*, Hft 1, Band. XXVIII, p. 54.)

sera sûrement de tous les virus étrangers. Ce serait là le moyen de détruire le principal argument des adversaires de la vaccination et d'enlever la seule apparence de raison qui reste à leur théorie.

3° **Un tube disposé en forme de sonde pour servir à introduire des médicaments dans l'utérus** ; une sorte de petite brosse, qui se ment dans le canal de l'instrument, porte la substance médicamenteuse.

M. Frommel. — **Histologie de la trompe.** — D'après Hennig, l'épithélium tubaire serait composé de plusieurs couches ; d'après Hensen, d'une seule. Cette dernière opinion est la vraie. Les cellules présentent des formes remarquables, et leurs noyaux sont situés en des points différents. Sur une préparation d'une trompe de chatte, il trouva une couche de cellules en forme de bâtonnets ; après macération dans une solution alcoolique à 33 p. 100, elle paraissait formée de noyaux aplatis et de cellules sans protoplasma. Ces caractères histologiques se retrouvent chez les chiens, les moutons, les singes. L'épithélium tubaire est vraisemblablement doué d'un certain pouvoir de sécrétion. Il doit y avoir exsudation de protoplasma lors de la migration de l'ovule. La muqueuse de la trompe est disposée en longs replis constituant des prolongements en forme de houppes. Chez les singes et les chauve-souris, il existe des dispositions analogues à celles qu'on rencontre chez les jeunes embryons humains. Il y a quatre replis principaux qui, sur une coupe transversale, donnent une figure étoilée. L'embryon humain de 4 mois n'a pas d'éléments musculaires dans la trompe. A côté des replis principaux, il s'en développe plus tard de moins considérables. Ces replis augmentent de volume pendant la grossesse, et le canal tubaire s'élargit. *L'auteur n'a pas trouvé d'éléments glandulaires*. Les vaisseaux cheminent parallèlement au diamètre longitudinal. Très développés dans la paroi, ils envoient, en outre, de riches prolongements dans les villosités tubaires.

M. Bumm. — **Etiologie du catarrhe vésical chez les accouchées.** — Le cathétérisme, durant les suites de couches, provoque fréquemment le catarrhe vésical. En pareil cas, l'urine est toujours acide. Elle contient toujours un diplococcus qui présente la plus grande ressemblance avec le gonococcus. Les coccus sont réunis en petit nombre, ils sont disposés dans ou autour d'une cellule. Ils offrent aussi une

grande analogie avec le « staphylococcus aureus ». Ce micro-organisme qui, d'après Doléris, se rencontre constamment dans les lochies, est transporté par le cathéter dans la vessie, où il se multiplie.

L'auteur a expérimenté sur des chiens et a constaté que, la vessie étant normale et la miction régulière, on pouvait impunément transporter des milliers de coccus dans l'organe vésical. On ne voit pas apparaître de colonies de coccus dans l'urine, et peu de temps après celle-ci redevient pure. L'activité des micro-organismes introduits dans la vessie est essentiellement subordonnée à l'intégrité de la muqueuse. Quand celle-ci est altérée, il survient bientôt un catarrhe purulent. La stagnation de l'urine chez les nouvelles accouchées et les lésions de la muqueuse, assez fréquentes pendant le travail, favorisent le développement des coccus. Au point de vue de la thérapeutique, il ressort de ces considérations qu'en dehors du souci qu'on doit avoir d'écarter tous germes d'infection, il faut aussi se préoccuper de leur opposer des organes sains.

M. Sänger (1). — **De la simplification de la technique de l'opération césarienne.**

M. Kaltenbach. — *Présentations :* 1° Préparations de **parois tubaires hypertrophiées** ; 2° de **carcinome du fond de l'utérus** ; 3° **un utérus gravide atteint de myôme et enlevé par l'amputation supravaginale.**

M. Kaltenbach s'occupe ensuite de la **prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés.** — L'infection n'a-t-elle lieu que pendant le travail ? Evidemment non. Les dangers qu'elle se produise à ce moment sont moins grands qu'on ne suppose. La présence des gonococcus dans le vagin ne la détermine pas nécessairement. Les yeux de l'enfant sont défendus contre leur action (paupières, *vernix caseosa*...). La rareté de l'affection dans la pratique privée plaide aussi dans ce sens. Parmi les femmes qui viennent accoucher dans les Maternités, le nombre de celles qui sont primitivement infectées n'est pas aussi élevé qu'on le croit. Ce sont les examens répétés qui favorisent la dissémination

(1) Nous estimons parfaitement superflu de reproduire ici la communication du Dr Sänger. Il suffit de se reporter au très complet et très intéressant mémoire publié par M. Potocki. (Voy. *Annales de gynécologie*, mars, avril, mai, juin 1886.)

du germe-contage. Les doigts transportent le virus en des points où la contamination des yeux peut avoir lieu. Il ne faut plus faire jouer le rôle principal à l'infection primitive ni, au point de vue de la prophylaxie, accorder la plus large part à la désinfection primitive. On doit surtout tenir compte de l'antisepsie systématique et générale. Les lavages de l'utérus avec des solutions de sublimé, secondés par les lavages des yeux avec de l'eau distillée fourniraient des résultats aussi satisfaisants que la méthode de Crédé. Sur 200 accouchements où l'on a suivi cette pratique, il n'a pas observé un seul cas d'ophthalmie. Les avantages de la méthode consistent dans sa simplicité et l'absence absolue de phénomènes réactionnels.

Prennent part à la discussion : MM. Zweifel, Olshausen, Winckel, Schatz, Léopold, Muller, Prochownik, Hofmeïer, Bumm, Firnig et Crédé. — L'expérience paraît avoir démontré qu'aucune méthode, jusqu'à ce jour, n'a fourni des résultats aussi constants et n'offre des garanties aussi sérieuses que la méthode de Crédé.

M. Stumpf. — **De l'éclampsie puerpérale.** — M. Stumpf relate deux cas d'éclampsie qui furent suivis de mort. Quelques heures avant la terminaison fatale, ictère. A l'autopsie, *œdème cérébral, néphrite aiguë, atrophie jaune aiguë du foie.* A l'analyse chimique des muscles, du foie, de la rate, du placenta, *pas de traces d'urée.* Dans les deux cas, le foie contenait une quantité importante de leucine et de tyrosine. De plus, dans l'un, l'analyse du sang fourni par une saignée pratiquée huit heures avant la mort, révéla de la méta-hémoglobine. L'urine renfermait aussi de cette substance.

Il existe une grande analogie entre ces faits et certains cas d'atrophie jaune aiguë du foie, ceux surtout consécutifs à une intoxication par le phosphore, par l'arsenic... Ici le poison vient manifestement du dehors ; dans l'éclampsie des femmes enceintes, il est sans doute fabriqué par l'organisme (1). *Il serait le produit de transformations*

---

(1) Trousseau, se basant sur l'examen des faits cliniques, n'attachait à la lésion hépatique comme du reste aux altérations rénales, dans l'atrophie jaune aiguë du foie, que la valeur de lésions secondaires. « Les symptômes de l'ictère typhoïde, leur soudaineté... conduisent à penser qu'un poison, une matière morbifique, *venue du dehors ou produite dans l'organisme*, est la cause de tous ces désordres. » (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu,* t. III, p. 312, 6e édit.) R. L.

chimiques anomales. Les conséquences de son élimination à travers le rein sont la néphrite, l'oligurie, l'anurie... ; de son contact avec la substance cérébrale et hépatique, l'hydropisie ventriculaire et l'atrophie jaune aiguë du foie. Le fœtus est peut-être la source du poison. Certains faits de fœtus, nés de mères éclamptiques et arrivant au monde en état de rigidité cadavérique (1), semblent favorables à cette hypothèse.

M. Runge. — **Traitement des maladies puerpérales.** — Sa méthode repose sur les principes suivants : *alcool à hautes doses*, *alimentation abondante*, *bains*, *rejet absolu des antithermiques*. La quantité d'alcool ingéré doit être considérable. Les bains, à la température de 22°-24°. Sous l'influence de ce traitement, on voit, comme dans le typhus, le pouls devenir meilleur, les mouvements respiratoires plus réguliers et l'appétit renaître. Certes, les antithermiques abaissent très manifestement la température, mais au détriment des facultés digestives. Sur 7 femmes atteintes d'accidents septicémiques graves, et qui furent traitées de cette manière, une seule mourut. Ce traitement a pour but d'augmenter la résistance de l'organisme contre l'action des germes pathogènes.

M. Sänger. — **Des relations qui existent entre l'infection gonorrhéique et les accidents puerpéraux.** — La précision du diagnostic de gonorrhée repose sur les renseignements exacts fournis par l'homme et la femme, sur l'existence d'une ophthalmie chez l'enfant, la constatation d'inflammations de l'urèthre ou de folliculites vulvaires. La folliculite représente un élément très important pour le diagnostic. Sur 1,930 cas de gynécologie, il a constaté la blennorrhagie 230 fois, soit 12 p. 100 = 1/8 environ. Sur 389 femmes enceintes, il a trouvé 100 fois des écoulements purulents = 26 p. 100 (Oppenheimer, à Heidelberg, avait obtenu comme moyenne 27 p. 100). Les femmes atteintes de gonorrhée ne paraissent pas plus prédisposées que les autres aux affections puerpérales. Mais les accidents blennorrhagiques peuvent eux-mêmes présenter une gravité telle qu'on peut les confondre avec ceux qui ont une origine puerpérale. M. A. Macdonald a fait justement remarquer qu'ils pouvaient, durant l'état puer-

(1) Voy. la relation d'un cas de ce genre, in *Annales de gynécologie*, mai 1886, p. 396.

pér alentraîner la mort. La gonorrhée peut être le point de départ d'affections diverses, périmétrites, salpingites, pelvi-péritonites. Elles se manifestent d'ordinaire à une époque assez éloignée de l'accouchement. C'est là un caractère qui les distingue des accidents puerpéraux, qui, en général, se déclarent de bonne heure durant les suites de couches. Les deux espèces d'infection ne sont pas incompatibles ; il existe des formes mixtes.

M. Elischer. — **De l'emploi de l'iodoforme dans les laparotomies laborieuses.** — A la suite d'une ovariotomie double, dans laquelle on avait saupoudré d'iodoforme les deux pédicules et une portion du mésentère, il a observé les phénomènes suivants : les deux premiers jours, rien d'anormal ; le troisième jour, hémorrhagie utérine, agitation intense, somnolence, ictère léger, température normale, pouls accéléré ; le jour suivant, ictère plus accusé. Peu à peu, les choses rentrèrent dans l'ordre et la malade guérit. M. Elischer a également observé, après des opérations dans lesquelles on s'était servi d'iodoforme, des phénomènes singuliers (agitation, vomissements bilieux, convulsions, sténose pupillaire...). Il pense qu'il s'agit de symptômes liés à un commencement d'intoxication par l'iodoforme. Ces faits indiquent qu'il convient de se préoccuper de quelle façon il faut se servir de l'iodoforme. Il importe, pour prévenir l'absorption, de lier soigneusement les vaisseaux qui ont été ouverts.

M. Schatz. — **Des ulcères de la vessie.** — M. Schatz relate deux observations d'ulcères de la vessie. Les principaux phénomènes morbides étaient des tiraillements, du ténesme, des hématuries, du catarrhe vésical purulent... Dans les deux cas, les méthodes ordinaires avaient complètement échoué. Aussi, chez sa deuxième malade, M. Schatz se décida-t-il à pratiquer une opération. Taille hypogastrique, incision de la vessie, fixation de l'ulcère dans une pince-clamp. Ligature en masse et excision. Suture des bords de l'incision vésicale avec du catgut. La partie inférieure de cette incision, comme celle de la plaie cutanée, fut laissée ouverte. Un tube à drainage fut laissé à demeure. Vers le vingtième jour, sutures et drain furent enlevés. Trois heures après, la malade émettait, sans douleurs, un quart de litre d'urine.

Le fragment de tissu enlevé offrait l'aspect d'un ulcère granuleux. Il contenait des noyaux de substance tuberculeuse, mais pas de ba-

cilles. La malade revint plusieure mois après, déclarant que le catarrhe purulent ne s'était pas reproduit, mais que l'urine était redevenue trouble.

L'évolution de la tuberculose de la vessie peut être très lente. L'opération est justifiée. Il est préférable, selon M. Schatz, d'aborder la vessie par en haut plutôt que par le vagin.

Discussion : MM. Hirschberg et Veit. — La lithotomie pour les abcès de la vessie doit être considérée comme une méthode de nécessité. Il faut employer, avant d'y recourir, les moyens ordinaires ou tâcher d'obtenir la guérison au moyen d'une fistule vésico-vaginale.

M. Zeiss. — **De l'opération d'Alexander-Adam.** — On a accordé, en Allemagne, peu d'attention à l'opération d'Alexander. Elle ne doit pas cependant être rejetée sans de plus longues investigations. Il faut avoir soin, après l'opération, d'introduire un pessaire, de tâcher de maintenir la portion vaginale en haut et en arrière, ce qui permet aux ligaments de devenir résistants. On a prétendu qu'on ne corrigeait la déviation primitive de la matrice qu'au prix d'une autre. C'est une mésaventure qu'on évitera avec un peu d'adresse. M. Fritsch croit que le traitement par les pessaires compense avantageusement l'opération. M. Zeiss ne partage pas cette opinion. Il cite les cas qu'il a opérés. Dans l'un, il s'agissait d'une femme qui avait avorté à 4 mois. Involution incomplète. Bien qu'il se produisît d'un côté une petite hernie, cette femme aujourd'hui a son utérus dans une situation normale, un peu abaissé cependant. Dans un deuxième cas, son opérée, depuis huit semaines, ne porte plus de pessaire, et l'utérus reste normalement placé. A propos des indications, M. Zeiss remarque qu'on possède déjà des procédés excellents pour la cure du prolapsus.

M. Skutschein. — **Pelvimètre destiné à permettre la mensuration de tous les diamètres du bassin.** — A une ceinture qui s'applique exactement sur la taille, les plis inguinaux et la symphyse pubienne, s'adapte en avant une pièce métallique. Cette pièce présente deux gouttières et deux curseurs munis de vis de compression. On introduit successivement dans chaque gouttière une tige en plomb courbée et très malléable. L'extrémité antérieure de ces tiges est solidement fixée en avant. L'autre extrémité, qui est en forme de bouton, est introduite dans le vagin, et conduite sur le point du bassin qui termine d'un côté le diamètre qu'on veut mesurer. La manœuvre est faite sé-

parément pour les deux tiges. Il faut avoir grand soin, quand on les retire, de ne pas les déformer. Cela fait, on sépare la plaque métallique de la ceinture. On y ajuste de nouveau les deux tiges. Et il ne reste plus qu'à mesurer leurs deux extrémités libres.

M. Firnig présente un **bassin spondylolisthésique.** — Ce bassin provient d'une femme âgée de 25 ans, chez laquelle on avait dû pratiquer l'opération césarienne. Le diamètre utile était réduit à 5 centimètres environ. Grossesse à terme. Enfant pesant 3,380 grammes, extrait en état de mort apparente et rappelé à la vie par les manœuvres qui constituent la méthode Schultze. Pendant les huit jours qui suivirent l'opération, la température resta normale. Le neuvième jour, dyspnée subite. Râles au niveau du poumon droit. Diagnostic : Embolie pulmonaire. Mort le douzième jour. Le diagnostic fut confirmé à l'autopsie. Aucune trace de péritonite.

M. Schauta. — **Sur l'opération des fistules recto-vaginales.** — Assez souvent les méthodes ordinaires de traitement des fistules recto-vaginales échouent. Dans des conditions analogues, M. Schauta a pratiqué la colporraphie, qui a procuré une guérison définitive. Mais le procédé n'est pas toujours applicable. Il convient, surtout pour les fistules de moyenne dimension, pas trop élevées, et quand le vagin est bien relâché. Les avantages sont les suivants : possibilité de faire des avivements suffisamment étendus; avivements n'intéressant que la surface vaginale, consolidation de la cloison recto-vaginale; impossibilité pour les matières fécales de passer dans le vagin; enfin, cessation du relâchement excessif des parois de cet organe.

M. Küstner. — **De la périnéoplastie.** — Il y a nécessité à traiter les déchirures du périnée, même les plus petites. La portion antérieure du corps périnéal supporte les parties antérieures du vagin. Ce support vient-il à manquer, il se produit aussi une descente, plus ou moins accusée, de la paroi postérieure. En outre, des pertes blanches, des phénomènes de prurit, des désordres nerveux peuvent être la conséquence de la production des cicatrices périnéales. Quand il y a en même temps rétroflexion de l'utérus, la périnéoplastie s'impose d'autant plus que les pessaires seraient dépourvus de toute fixité. M. Küstner donne la préférence à la méthode de Freund. Comme fils à suture, il recommande les fils d'argent et le crin de Florence.

Le catgut n'offre pas assez de solidité ; la soie de Czerny, bonne à la vérité, a le désavantage, en raison de sa capillarité, de créer un double courant de drainage vers l'extérieur et vers la plaie. Pour quelques cas on voit même s'établir au niveau des fils de petites suppurations. M. Küstner n'a jamais observé ces contre-temps avec les fils d'argent.

M. Korn. — **De la périnéoplastie.** — La communication est basée sur 35 cas de déchirures complètes. Celles qui intéressaient seulement le sphincter anal furent opérées. 33 femmes sortirent guéries, c'est-à-dire retenant parfaitement les matières fécales. Une présenta une fistule recto-vaginale qui exigea un traitement consécutif. Une autre, malgré la périnéoplastie complète faite deux fois, ne retenait qu'imparfaitement les matières fécales. Des 33 qui étaient guéries, 4 furent obligées de subir des opérations tardives (opération de fistules recto-vaginales). 20 fois il y eut réunion par première intention. On n'eut pas de renseignement sur l'une des femmes. 3 eurent des fistules recto-vaginales qui s'oblitérèrent spontanément ; 3 autres des fistules recto-périnéales ; 2, enfin, présentèrent, au niveau de l'orifice vaginal, un décollement partiel des surfaces adossées, contretemps qui du reste n'eut aucune influence fâcheuse sur le résultat définitif. Le mode d'avivement employé fut celui de M. Simon-Hégar. Suture dans presque tous les cas avec de la soie et triple rang de suture. On revint toutefois à la suture à surjet, au catgut qui, dans un très grand nombre de cas de déchirures récentes, avaient donné des résultats excellents. M. Korn conseille de commencer l'avivement assez haut dans le vagin, pour que la suture vaginale ait comme résultat d'épaissir le septum recto-vaginal.

Olshausen. — **Phénomènes cliniques qui marquent le début des myômes.**— Les phénomènes initiaux, prémonitoires sont d'abord des douleurs qui s'exaspèrent au moment des règles et qui persistent durant les périodes inter menstruelles. Elles ont le caractère de douleurs inflammatoires. Parfois aussi la vessie est douloureuse. Puis viennent des troubles de la menstruation ; hémorrhagies profuses. La matrice est le plus souvent en antéflexion. Dans une période plus avancée, on la trouve augmentée de volume. Enfin, on constate la présence d'un ou de plusieurs myômes. La tumeur myômateuse existe-t-elle dès l'apparition des premiers phénomènes, ou son développement est-il

favorisé par leur production? M. Olshausen accepte plus volontiers cette deuxième hypothèse. Habituellement les malades sont stériles, stérilité primitive ou secondaire. L'opinion des anatomistes que l'existence des myômes entraîne la stérilité (Virchow, Cohnheim) n'est pas acceptée par l'auteur; cependant, celle des gynécologues, qui est l'opposée, ne s'accorde pas avec des faits assez nombreux. Ceux, par exemple, où des myômes font leur apparition vers l'âge de 30 ans, alors que la stérilité date déjà de plusieurs années. La source première doit être un état congestif de la matrice qui détermine d'abord les hémorrhagies, la stérilité, le développement des myômes ou l'hyperplasie du tissu utérin.

M. Wiener. — **De la nutrition du fœtus humain.** — Le liquide amniotique n'a aucune part à la nutrition du fœtus qui tire tous les éléments de sa nutrition du sang maternel. Les expériences qui ont eu pour but de démontrer l'extrême difficulté du passage des éléments du sang maternel dans le système vasculaire fœtal ne sauraient être concluantes. On a expérimenté avec des membranes mortes; mais les phénomènes d'osmose sont très différents de ce qu'ils sont quand il s'agit de membranes vivantes. Or, l'épithélium vasculaire est un tissu vivant (Cohnheim). Il doit, par suite, favoriser le « transit » qui s'opère entre la circulation fœtale et la circulation placentaire. Suivant la juste remarque de M. Werth, il faut également tenir compte de l'activité de l'épithélium qui revêt les villosités choriales. Enfin, de nombreuses recherches montrent que ce n'est point un liquide spécial (le lait placentaire), mais bien du sang qui circule dans les espaces intervilleux.

M. Schatz. — **Des contractions typiques de la grossesse.** — On observe assez souvent, à des intervalles à peu près égaux et assez distants de la grossesse, des contractions typiques. Sur 50 femmes enceintes, M. Schatz les a constatées 5 fois. Elles présentent, d'ordinaire, une périodicité très remarquable. Elles durent de douze à vingt-quatre heures environ. Elles sont vraisemblablement subordonnées à l'activité de deux centres nerveux : *a*), *centre excitateur; b*), *centre modérateur*. Celui-ci paraît posséder une puissance d'action remarquable. Cependant, dans certains cas, cette puissance est inhibée, et alors l'activité de son antagoniste se révèle ; d'où l'apparition des contractions. La connaissance de l'existence de ces deux

centres et des contractions typiques de la grossesse est d'une certaine importance pour l'intelligence de la formation du segment inférieur de l'utérus. Les contractions peuvent, non seulement produire l'effacement de la portion sus-vaginale, mais de tout le col, tandis que « le centre modérateur » prévient le début prématuré du travail. L'auteur fait ensuite une communication sur l'**incubation de l'œuf humain.**

M. Wyder. — **Des altérations de la muqueuse utérine dans les cas de fibro-myômes.** — Les fibro-myômes peuvent-ils être le point de départ de dégénérescences malignes de la muqueuse utérine? M. Martin pensait autrefois qu'ils constituaient une indication de l'extirpation totale de la matrice. M. Wyder, se basant sur l'observation d'un certain nombre de faits, n'accepte pas cette opinion.

Dans les *myômes sous-séreux,* la muqueuse est fortement épaissie; la caractéristique de cette affection est une endométrite glandulaire.

Les *myômes interstitiels* doivent être rangés en trois groupes :

a) Ils sont séparés de la cavité utérine par une paroi de 1 centimètre 1/2 d'épaisseur.

b) Ils sont situés immédiatement au-dessous de la muqueuse, mais ne font pas saillie dans la cavité.

c) Ils proéminent fortement du côté de la cavité utérine.

a) Sur 7 cas, il y avait : 1 fois des altérations de peu d'importance; 2 fois une endométrite glandulaire; 3 fois une endométrite interstitielle. Presque toujours les vaisseaux étaient très nombreux et leurs parois étaient épaissies.

b) Les couches profondes de la muqueuse étaient transformées en fibres connectives. Les couches superficielles laissaient voir un riche réseau capillaire. Vaisseaux à parois très épaissies.

c) Endométrite interstitielle.

Il n'y avait eu hémorrhagie que dans les cas qui s'accompagnaient d'endométrite interstitielle. Quant à l'endométrite glandulaire, elle ne possède pas un caractère malin.

M. Battlehner. — **Rupture de l'utérus et du vagin.** — Cet accident survint, à l'occasion d'un accouchement spontané, chez une femme qui accouchait pour la neuvième fois. M. Battlehner fit des lavages, au niveau du foyer de la rupture, avec une solution d'acide

borique à 3 p. 100. Puis, il sutura par le vagin les tissus déchirés. Suites opératoires bonnes, sauf la persistance d'une fistule vésico-vaginale. L'examen ne révéla pas de déformations pelviennes. Sans doute la complication fut la conséquence d'un amincissement et d'un défaut de résistance du tissu utérin produit par les grossesses antérieures.

M. Kustner. — **De l'emploi de la cocaïne dans la chirurgie plastique.** — Se basant sur les résultats, relativement très bons, qu'il a obtenus dans 23 cas, sur 42, en se servant d'une solution de cocaïne à 20 p. 100, M. Kustner conseille l'emploi de cette substance.

M. Schwarz. — **Sur un processus pathologique intéressant la muqueuse vaginale.** — La partie supérieure du vagin était envahie par des masses qui saignaient facilement. Ces masses s'étendaient sur la portion vaginale du col. Elles s'élevaient à pic de la surface sous-jacente et avaient l'aspect de productions granuleuses. Leur surface était finement papillaire et comme veloutée. On les séparait aisément de leur base d'insertion. Sur la portion vaginale et très épaissie du col, il y avait une ulcération assez étendue qui fut cautérisée avec le nitrate d'argent. A l'examen microscopique, ces masses parurent formées d'éléments épithéliaux très analogues à celui des couches profondes du vagin. *Épithélioma fongueux*, pourvu à sa surface d'un réseau capillaire sanguin très abondant. Quatre mois plus tard les productions épithéliales étaient beaucoup plus étendues ; l'ulcération avait pris un très mauvais aspect. *Extirpation totale de l'utérus et des deux tiers supérieurs du vagin*. On constata la présence, au milieu des ligaments larges, d'une certaine quantité du néoplasme fongueux. M. Schwarz, en conséquence, conseille, pour les cas analogues, l'extirpation totale de la matrice, qui permet d'enlever, suivant le besoin, une portion plus ou moins étendue de ces feuillets de la séreuse. (*Cent. für Gynäk* , nos 26, 27, 28, 29, 30 (1886).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 7 juillet 1886.

M. Herman. — **Abcès chronique de l'urèthre chez une femme.** — Il

s'agissait d'une femme âgée de 47 ans. Depuis quatre années elle était sujette à des accidents de dysurie ; depuis deux, le coït était douloureux et la vessie irritable. Dans le septum uréthro-vaginal s'était développée une tuméfaction, douloureuse au contact et qui s'ouvrit dans l'urèthre. Le toucher uréthral, après dilatation de ce canal, permit de constater dans cette région une cavité à peu près du volume d'une noisette, à paroi lâche et anfractueuse. Des cautérisations avec le nitrate d'argent amenèrent successivement la rétraction et l'oblitération de la cavité. Guérison. — Pour expliquer la pathogénie de cet abcès, il faut admettre, ou : 1° *un état congestif chronique de l'urèthre* ; ou : 2° *un kyste suppuré.* La première hypothèse est la plus admissible.

M. Daly. — Dans un cas de *congestion chronique de l'urèthre* chez une femme, congestion qui avait résisté à une foule de traitements, il employa l'iodoforme. La poudre médicamenteuse était placée dans la gouttière d'un cathéter. L'instrument introduit, un simple retournement du cathéter déposait l'iodoforme sur toute la face inférieure de l'urèthre. Guérison rapide.

M. Duncan a observé un certain nombre d'abcès développés dans le septum recto-vaginal, mais jamais dans la cloison uréthro-vaginale.

M. Gervis en a vu un cas qui était caractérisé par une miction douloureuse, de la tuméfaction et de la sensibilité ou niveau de la paroi vaginale antérieure. A l'examen, on constata un abcès dans la cloison uréthro-vaginale. Le soir même de cet examen l'abcès s'ouvrit dans l'urèthre. Guérison.

M. Thornton n'en a observé que quelques cas. Il demande si c'est précisément contre ces abcès qu'Emmet (New-York) a imaginé une opération spéciale. Il faudrait alors supposer que l'affection est plus commune en Amérique.

M. Wylie (New-York). — L'opération imaginée par Emmet convient surtout pour le *prolapsus de la muqueuse uréthrale,* accident auquel sont parfois sujettes les femmes âgées.

M. Champneys présente quelques remarques sur la question du **bruit utérin**. Il étudie successivement les trois points suivants : *a) Foyer du maximum du bruit utérin avant le travail ; b) après le travail ; c) de la présence d'artères pulsatiles, reconnaissables par l'exploration vaginale, et de l'influence qu'exerce leur compression sur le bruit utérin.* Dans la très grande majorité des cas, le bruit s'entend à gauche. Quand on le perçoit après la sortie du délivre,

le foyer du maximum paraît s'être abaissé. La compression exercée sur les artères, qu'on sent battre dans le vagin, modifie le bruit. Le fait qu'on l'entend de préférence à gauche semble bien prouver qu'il se produit dans les vaisseaux. Les vaisseaux qui pénètrent l'utérus du côté gauche du bassin sont en effet reportés plus ou moins en avant, par suite du mouvement de torsion que subit la matrice. Dans un cas, il coïncidait avec un fibrome volumineux, et il se passait, sans doute, dans un large sinus qui fut constaté à l'autopsie, sur la surface de la tumeur. — Les principales causes de ce bruit, palpable pour ainsi dire, car il s'accompagne d'un véritable frémissement (thrill), sont sans doute le passage du sang dans un vaisseau plus large, les coudes, les inflexions brusques vasculaires, la qualité du sang...

Prennent part à la discussion : MM. Gervis, Herman, J. Phillips, Routh, Griffith. (*British. med. Journ.*, 17 juillet 1886.)

N. J'ai observé à la clinique d'accouchements un cas *d'abcès de la cloison uréthro-vaginale qui s'était ouvert dans l'urèthre.* Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, ayant eu un premier accouchement. Elle se présenta à la clinique parce qu'elle se supposait redevenue enceinte, de trois mois environ, et qu'elle était tourmentée par des vomissements incoercibles qui empêchaient toute espèce d'alimentation. Néanmoins, pas de signes de certitude de grossesse. L'état général était atteint, l'amaigrissement considérable. Tout fut employé (vésicatoires à la région épigastrique, cautérisations ponctuées, injections de morphine, pulvérisations d'éther, etc.), rien n'y fit. Or, à la fin d'un examen au spéculum, pratiqué dans le but de savoir s'il n'y avait rien du côté du col, le chef de clinique s'aperçut qu'en ramenant l'instrument il faisait sourdre du pus par l'urèthre. Un nouvel examen révéla l'existence d'une cavité suppurée dans le septum uréthro-vaginal. Trois ou quatre jours plus tard, l'abcès fut largement incisé. Je fus chargé du traitement consécutif, qui consista en cautérisations avec le nitrate d'argent, en injections antiseptiques et dans l'application de mèches enduites de vaseline phéniquée. La guérison fut rapide. De plus, *les vomissements avaient cessé dès le lendemain de l'incision large de l'abcès.* La suite prouva que la femme était enceinte.

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 15 *avril* 1886.

Le Dr M. Price rapporte deux cas de l'**opération en boutonnière d'Emmet.** Recommandée et exécutée depuis six ans par Emmet, elle consiste dans une incision longue de 20 à 25 millimètres, faite le long de l'urèthre et permettant l'inspection complète de ce canal.

Le premier cas est celui d'une dame qui présentait une double lacération du col et des hémorrhoïdes de l'urèthre. Depuis l'opération, faite il y a trois mois, la malade est parfaitement.

Le second cas est une uréthrocèle et une déchirure du col. Succès complet.

Le Dr J. Price, au nom du Dr B. Hirst, rapporte un cas de **fistule recto-vaginale causée par le coït.** Il cite 16 cas connus.

Le Dr Ch. Meiys Wilson présente un **polype fibreux de l'utérus.**

Le Dr Goodell dit que l'hémorrhagie est rare après l'ablation des fibromes ; Velpeau l'avait observée.

Le Dr Montgomery l'a vue survenir après l'écrasement. Les Drs H.-A. Kelly, Parish, W.-S. Stewart, Baer, Wilson prennent part à la discussion.

Hystérectomie vaginale, par Goodell. La malade avait 65 ans et avait eu douze enfants. Le col cancéreux avait 125 millimètres et sortait de la vulve. Goodell amputa le col, puis se décida à faire l'opération radicale. La température ne dépassa jamais 37°,9 (100°,2 F.).

Le Dr Montgomery demande combien de temps les malades survivent après l'opération.

Les Drs H.-A. Kelly, Parish, C.-M. Wilson, Goodell prennent part à la discussion.

Le Dr H.-A. Kelly présente une **tumeur ovarique de 100 livres**; l'opérée guérit ; et **les ovaires et les trompes, dans un cas d'ovarite chronique.** Il raconte aussi un **cas unique de grossesse extra-utérine; ablation du sac et du contenu; guérison.** L'opération a été faite sans précautions antiseptiques. La tumeur était attachée à la corne droite de l'utérus ; le fœtus a 13 centimètres de longueur ; il est momifié.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Séance du 23 avril 1886.

Le Dr Ch. CALDWELL rapporte un cas de **hernie du cordon.** La réduction fut faite, mais il resta une fistule fécale qui se ferma le septième jour.

Les membres présents racontent des cas plus ou moins analogues.

Le Dr JOHN BARTLETT rapporte un cas de **kyste dermoïde compliquant le travail.** Le Dr Clark appliqua, sans succès, un forceps d'un ancien modèle. Bartlett réussit avec son forceps. Après le fœtus, sortit une tumeur du volume d'une grosse poire.

Il raconte aussi un cas d'**insertion vicieuse dans lequel le placenta couvrait tout l'œuf.** Bartlett plaça un tampon, puis perfora les membranes ; l'hémorrhagie cessa.

Le placenta n'a que 4 millim. d'épaisseur.

Le Dr W.-H. BYFORD a vu un kyste dermoïde expulsé par le vagin et l'a présenté à la Société médicale.

Le Dr DE LASKIE MILLER attribue l'extension du placenta à l'endométrite.

Le Dr T.-D. FITCH n'a vu qu'un placenta prævia sur 1000 accouchements qu'il a dirigés.

Le Dr ED. WARREN SAVOYER en a vu un grand nombre. Il cite l'opinion de Harris (de Philadelphie), qui, sous le nom de *rotation de l'œuf*, décrit un phénomène dans lequel l'œuf se détache en partie, tourne sur lui-même et vient se fixer sur le segment utérin inférieur. Il a vu l'insertion vicieuse chez la jument.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON.

Séance du 19 février 1886.

Le Dr H.-M. CUTTS lit un mémoire sur la nécessité d'un **traitement préparatoire avant l'accouchement.** Il faut éviter les mariages prématurés, examiner la femme au point de vue des maladies héréditaires ou acquises, des maladies produites (ou exagérées, dit Bauer) par la

gestation, mesurer le bassin, s'assurer de sa forme et de sa positi et du nombre des fœtus.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI.

Séance du 8 avril 1886.

Le Dr Th.-A. Reamy lit un mémoire **sur un fibrome utérin.** Ce genre de tumeurs paraît le plus souvent entre 30 et 40 ans ; les célibataires y sont plus sujettes que les femmes mariées stériles ; celles-ci, plus que les mères. Emmet a remarqué qu'un grand nombre de couches rapprochées constituent une prédisposition.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE SAINT-LOUIS

Séance du 15 avril 1886.

Le Dr T.-L. Papin a enlevé **un pessaire du vagin d'une femme au quatrième mois de sa grossesse**. Il fut obligé de le scier pour l'extraire. Le col était étranglé par l'instrument.

Le Dr Briggs raconte un cas d'**hystérie chez une fille de 16 ans**, qui venait d'être réglée quinze jours auparavant. Le description des crises ferait penser plutôt à une épilepsie tétanoïde.

(*Résumé*, d'après l'*Amer. Journ. of Obst.*, 1886, page 829, par A. Cordes.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine (thèse d'agrégation), M. C. Maygrier. — La thèse est divisée en deux parties. La première est consacrée à l'étude des derniers modes de terminaison de la grossesse extra-utérine ; la seconde à l'examen des indications et des méthodes de traitement qui y répondent.

Première partie. — Elle comprend un avant-propos *a*), et deux chapitres.

a) Historique rapide des divisions établies par les auteurs, divisions basées tantôt sur des considérations anatomo-pathologiques, tantôt sur les simples faits cliniques. Après avoir insisté un peu plus en détail sur l'opinion émise par **M.** L. Tait, d'une espèce unique de grossesse extra-utérine *primitive*, la grossesse *tubaire*, **M.** Maygrier adopte la classification suivante :

Grossesse tubaire, trois variétés : *tubaire, tubo-abdominale, tubo-ovarique interstitielle.*

Grossesse abdominale, deux variétés : *primitive, secondaire.*

Distinction capitale, car le mode de terminaison est très étroitement lié aux rapports anatomiques qu'affecte l'œuf extra-utérin avec les organes abdominaux. S'est-il primitivement fixé dans une cavité étroite, la trompe, par exemple ? Il est clair qu'à une période plus ou moins précoce il y aura rupture des parois de la cavité — rupture qui parfois amène un dénouement brusque. Enfin, l'état de vie ou de mort du fœtus influe aussi beaucoup sur le mode de terminaison.

CHAPITRE I[er]. — *Rupture du kyste.* — Il ressort de l'examen des faits que la rupture peut être, suivant le cas, *intra-péritonéale*, *sous-péritonéale* ou *intra-utérine*. Et l'on conçoit que les conséquences varient plus ou moins avec chacune de ces variétés. Au point de vue clinique, l'évolution est rapide ou lente. Mort, « tantôt subite ou rapide par hémorrhagie interne ou par péritonite chronique », ou « lente, tantôt par suite de l'anémie profonde causée par des hémorrhagies successives ou par péritonites chroniques ». Heureusement, malgré la sévérité du pronostic, la guérison est possible. Il en existe plusieurs observations dont une au moins est indiscutable, observation rapportée par M. Mossé. Des expériences entreprises par Léopold semblent prouver que la guérison se produit peut-être dans certains cas de grossesse abdominale récente, par résorption de l'œuf. La rupture du kyste peut donner le change et faire croire à un avortement provoqué, à un empoisonnement, à un étranglement de l'intestin et surtout à une fausse-couche. Les éléments du diagnostic seraient l'aménorrhée et l'expulsion d'une caduque utérine coïncidant avec les symptômes habituels de l'hématocèle (Veit). Dans les cas de guérison, deux éventualités sont possibles : *mort du fœtus* et dangers liés à la rétention, *survie du fœtus* et dangers liés à l'évolution d'une grossesse extra-utérine secondaire. Dans un paragraphe spécial, M. Maygrier étudie la *fréquence de la rupture*. Il a utilisé, dans ce but, les statistiques importantes de Parry et celles fournies par

Hecker. Il ressort de ces chiffres, et cela était facile à prévoir, que la rupture était surtout la conséquence de la grossesse tubaire. Il montre également que dans la très grande majorité des circonstances la mort n'arrive qu'au bout d'un certain nombre de jours : donnée importante au point de vue du traitement.

Chapitre II. — *De la rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine.* — Il faut savoir tout d'abord que la rétention peut passer inaperçue. Il en est ainsi, le plus souvent, quand le fœtus *retenu* a succombé à une époque de la gestation où l'on n'a même pas de signes « *certains* » de sa présence. Passée cette limite, la disparition d'un certain nombre des signes qui permettaient d'affirmer son existence et l'observation de certains phénomènes déterminés par le fait même de la mort du fœtus, permettent de poser le diagnostic. Les conditions sont absolument typiques quand il s'agit d'un fœtus arrivé à terme. L'ensemble des manifestations cliniques qui constituent le « *faux travail* » est caractéristique. Supposons le diagnostic fait : fœtus mort, rétention avérée ; qu'advient-il? Tantôt la rétention reste *silencieuse,* c'est-à-dire sans complication aucune ; tantôt elle est *compliquée,* et dans ce dernier cas il peut y avoir ou non ouverture du kyste.

1° *Rétention sans accidents.* — La chose est très rare, mais possible. M. Maygrier décrit très soigneusement la série des transformations que peut subir le fœtus : *dégénérescence adipo-cireuse, momification, incrustation calcaire.* Rappel des observations les plus connues de fœtus transformés en lithopædion et portés pendant un nombre plus ou moins considérable d'années sans qu'il soit résulté le moindre inconvénient pour les femmes. Citation des principaux travaux parus sur le sujet (Küchenmeister, Rousset, Virchow, Klopsch, G. Sarraute). L'auteur examine ensuite la question suivante : Quelle influence une grossesse intercurrente peut-elle avoir sur l'évolution d'une grossesse extra-utérine, et *vice versa ?* Dans le premier cas, il est de règle que la grossesse extra-utérine suive son cours normal. Exceptionnellement l'accouchement et les suites de couches provoquent des accidents du côté du kyste extra-utérin. Dans le deuxième cas, les choses ne se passent pas aussi simplement. Avortement et accouchement prématurés sont des accidents fréquents. Enfin, l'accouchement à terme trouve assez souvent des obstacles dans la présence de l'œuf extra-utérin, d'où la nécessité d'interventions plus ou moins graves.

2° *Rétention avec accidents sans ouverture du kyste.* — Habituellement, le premier en date est la *putréfaction* du fœtus ; ses conséquences possibles : *péritonite* suraigüe ou lente, subaiguë, chronique, adhésive ; *septicémie; fièvre hectique*, mort par épuisement général ; *hydropisie du kyste*, amenant par compression des phénomènes d'étranglement, d'obstruction intestinale.

3° *Rétention avec ouverture du kyste.* — Grâce à un processus phlegmasique, l'œuf contracte des adhérences avec les organes adjacents. Sous l'influence de la suppuration, la paroi s'amincit et finalement s'ouvre en un point ou en plusieurs points. Ouverture par la *paroi abdominale antérieure, dans l'intestin, dans le vagin, dans l'utérus, dans la vessie, dans l'estomac* (un cas), *par des voies multiples.*

Les statistiques importantes contenues dans ce chapitre montrent que l'issue par l'intestin est la plus habituelle ; que, par la paroi abdominale, elle est la moins périlleuse. En ce qui concerne le pronostic, malgré les faits assez nombreux de guérison, il faut savoir qu'en dehors d'une terminaison funeste il peut surgir une série de complications fort sérieuses : hernies, rétrécissements de l'intestin, occlusion intestinale, fistules intestino-kysto-vaginales, etc. Le mode d'intervention influe évidemment beaucoup sur la terminaison.

Deuxième partie. — *Traitement de la grossesse extra-utérine.* — Il y aurait sans doute extrême utilité à pouvoir « *préciser* » le diagnostic. Reconnaître d'abord l'existence de la grossesse extra-utérine, déterminer ensuite à quelle variété elle appartient, *tubaire* ou *abdominale.* Distinction très importante en raison de l'énorme différence que présentent les conséquences de chacune d'elles. Malheureusement, cette précision dans le diagnostic est, le plus souvent, irréalisable. Mieux vaut alors, suivant le conseil de Keller, et conformément à l'opinion de L. Tait, *se comporter comme s'il s'agissait invariablement de la variété tubaire.*

Cette deuxième partie comprend quatre chapitres :

Chapitre Ier. — *Traitement pendant la grossesse.* — 1° Traitement *pendant les premiers mois*, avant la rupture du kyste.

Le traitement médical a pour but d'éviter, autant que possible, la rupture du kyste. Nous n'y insisterons pas. Examinons le traitement curatif. Et d'abord, la vie du fœtus ne doit en rien influer sur la conduite à suivre. Loin de là ! L'objectif du médecin est précisément d'arrêter le développement du fœtus, et par là d'obtenir la *rétention.*

Les moyens varient :

a) *Tuer le fœtus par une voie détournée*, en faisant prendre à la femme des substances qui, sans compromettre sérieusement son existence, arrêtent l'évolution de l'œuf. — La méthode est complètement abandonnée aujourd'hui.

b) *Tuer directement le fœtus*, par la ponction du kyste (Basedow), l'injection dans le sac de substance narcotique (Joulin), l'emploi de l'électricité (P. Dubois).

Les deux derniers procédés ont donné des succès, mais leur inconvénient commun, c'est de laisser la femme exposée à tous les dangers que comporte la rétention de l'œuf (péritonite, septicémie).

Ablation du sac par la laparootmie. Méthode rationnelle. M. Veit a obtenu deux succès. Néanmoins, le petit nombre de faits commande des réserves.

Extraction du fœtus par l'incision du vagin. M. G. Thomas qui, le premier, a appliqué cette méthode, a obtenu un succès. Le principal risque provient des hémorrhagies que l'on peut produire si l'on tombe sur le placenta. Toutefois, Bernutz et Fränkel ont indiqué des signes qui permettent, dans une certaine mesure, de déterminer la situation du délivre (battements, frémissements, secousses, etc., sensations qui, perçues par le doigt explorant par le vagin, témoignent que le placenta est dans le voisinage de cet organe, et que, par suite on peut aborder résolument l'œuf par la paroi abdominale).

2° Traitement *au moment* de la rupture du kyste. Les chirurgiens sont ici fort peu d'accord. Les uns conseillent formellement la laparatomie comme étant presque la seule chance de salut (Keller, Kiwisch, Velpeau, Kœberlé, S. Wells, L. Tait, ce dernier surtout). D'ailleurs, en trois années, il a eu 21 fois l'occasion d'appliquer la méthode et 20 fois avec succès). Les adversaires de la méthode comptent aussi des hommes éminents (Barnes, Veit, Werth..., etc). Pour ces derniers, ils conseillent de s'en tenir aux soins médicaux des grandes hémorrhagies. *Remonter* les malades, calmer la douleur, lutter contre le collapsus.

3° Traitement *pendant la seconde moitié de la grossesse, l'enfant étant vivant*. Faut-il intervenir pendant la grossesse dans le but de sauver l'enfant ? Les uns disent oui (Leuvret, Velpeau, Kiwisch, Kœberlé, Cazeaux, Depaul, Nœgelé, Stolz, Schröder, Hofmeier, Gusserow, Fränkel...), les autres disent non (Sabatier, Siebold, Gerdy, Parry, Litzmann, Werth...). Mais les faits démontrent que la laparo-

tomie, faite le fœtus étant vivant, est aussi dangereuse (hémorrhagies par lésion du placenta), qu'elle l'est peu quand le fœtus est mort. Si l'on intervient, il faut, autant que possible, déterminer par avance la situation du délivre en utilisant les signes indiqués par Fränkel, Bernutz... On fait, suivant le cas, la laparotomie ou l'élytrotomie.

Chapitre II. — *Traitement pendant la rétention.*

a) Au moment du faux travail, il n'y a place que pour l'intervention médicale. Recourir aux moyens médicaux les plus propres à permettre à la femme de traverser cette crise douloureuse. Immédiatement après le faux travail, pas d'intervention plus active. Pour opérer, il faut attendre que le placenta soit atrophié, qu'il n'y ait plus risque d'hémorrhagie profuse. Délai d'environ quatre à cinq mois (Litzmann). Passé ce délai, faut-il encore attendre, dans l'espoir que la transformation *possible, mais non assurée,* en lithopœdion écartera tout danger. C'est l'opinion de quelques-uns. Mais, l'auteur faisant ressortir l'extrême rareté de ces faits heureux, pense qu'il est plus rationnel d'intervenir. Par la laparotomie le plus souvent, par l'élytrotomie lorsque le kyste plonge dans l'excavation.

Les chapitres III et IV représentent une étude très complète de la laparotomie et de l'élytrotomie. Il nous est malheureusement impossible d'entrer dans le détail, mais nous en conseillons vivement la lecture. Ils contiennent des tableaux fort instructifs et nombre d'observations des plus intéressantes. Ces documents ont permis à l'auteur d'apprécier la valeur respective de chacune de ces deux opérations que les progrès de la chirurgie abdominale, secondés par l'efficacité de la méthode antiseptique, ont remis en honneur. Il a également tracé d'une façon très nette la liste de leurs indications et de leurs contre-indications. Enfin, des paragraphes sont consacrés à la description du manuel opératoire.

En terminant, M. Maygrier insiste à nouveau, et d'une façon toute spéciale, sur les difficultés considérables qui, trop souvent, entourent le diagnostic de « la grossesse extra-utérine », diagnostic d'une importance pourtant capitale au point de vue de l'intervention. Aussi se déclare-t-il partisan décidé de la « *laparotomie exploratrice* », opération peu dangereuse aujourd'hui et qui, en levant les doutes, peut seule fournir les éléments d'un traitement efficace.

De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia (thèse d'agrégation), M. Auvard. — M. Auvard définit ce qu'il faut entendre par placenta prævia et base sa définition sur les notions nouvelles dues à M. R. Barnes. Le placenta est prævia quand il s'insère sur la zone limitée par ce que l'auteur anglais a appelé le cercle polaire inférieur, lequel est situé environ à 8 centimètres de l'orifice interne. Suivant ses rapports avec les différents points de cette zone, le placenta est prævia *central,* prævia *partiel,* prævia *marginal,* prævia *latéral.* Quelques lignes sont consacrées au diagnostic de l'insertion vicieuse, diagnostic que l'on peut être appelé à établir dans des conditions différentes : 1° *le col n'est pas effacé ;* 2° *le col est effacé.*

Est-il besoin de consacrer un paragraphe spécial à l'étude des placentas prævia dans ces cas dits de *grossesses vaginales et cervicales ?* Mais l'existence des unes n'est pas démontrée ; quant aux autres, elles sont trop exceptionnelles pour les décrire en particulier. Il convient néanmoins de signaler les cas, très rares, il est vrai, où le placenta s'insère sur le col, tandis que le reste de l'œuf est dans la cavité utérine. Le traitement, d'ailleurs, est le même que celui du placenta prævia ordinaire. En somme, l'auteur élimine complètement de son travail tout ce qui pourrait avoir trait aux grossesses vaginales et cervicales.

Il étudie la pathogénie de l'hémorrhagie et rappelle brièvement les théories diverses qu'on a émises sur sa cause (traumatisme, développement inégal du segment inférieur de l'utérus et de l'arrière-faix, décollement produit par l'effacement du col, etc.) et sur sa source (sang fœtal, sang maternel, surface utérine, surface placentaire) ; tout le monde étant aujourd'hui d'accord que le sang s'écoule par la surface utérine.

La thèse est divisée comme il suit :

Première partie. — *Conduite à tenir dans les cas de placenta prævia simple ou non compliqué.*

Seconde partie. — *Conduite à tenir dans les cas de placenta prævia compliqué.*

Troisième partie. — *Observations et statistiques.*

PREMIÈRE PARTIE. — M. Auvard divise cette première partie en deux sections. L'une est consacrée à l'*exposé analytique des différentes méthodes de traitement du placenta prævia.*

Section I. — Toutes les méthodes dignes d'examen y sont décrites et étudiées avec beaucoup de soin. De nombreuses statistiques y

figurent et préparent déjà les conclusions qui trouveront leur place dans la section II. Ces méthodes sont rangées en deux catégories, suivant qu'elles agissent *sur la mère* ou *sur l'œuf*. Des premières, les unes ont surtout pour but d'arrêter l'écoulement sanguin, *méthodes hémostatiques ;* les autres tendent à accélérer autant que possible l'ouverture du col pour hâter l'accouchement ; elles n'aboutissent à l'hémostase que par l'expulsion du contenu. Parmi celles qui rentrent dans la deuxième catégorie, certaines agissent par le décollement, l'arrachement total ou partiel du placenta, l'écoulement du liquide amniotique ; d'autres, par l'intermédiaire du fœtus lui-même (méthodes de Dubois, Seyfert, Leroux, Guillemeau, Barnes, Greenhalgh, Simpson) ; décollement partiel du placenta (Bunsen) ; arrachement partiel du placenta (Puzos, Cohen, Deventer, Kristeller) ; expression fœtale (Wigand, Braxton, Hicks). L'auteur passe également en revue quelques interventions qui peuvent être de mise dans les cas de placenta prævia : 1° l'extraction manuelle avec ou sans version préalable ; 2° le forceps ; 3° l'embryotomie. Un paragraphe spécial est réservé au parallèle entre la version et le forceps.

Il faut particulièrement signaler les paragraphes dans lesquels M. Auvard étudie d'une façon très complète la méthode dite de tamponnement. Il a soigneusement passé en revue et pesé les objections diverses que l'on a faites à la méthode : que le tampon transforme parfois une hémorrhagie externe en une hémorrhagie interne ; qu'il est douloureux ; qu'il peut causer la septicémie, etc. Il étudie sa valeur hémostatique, son action sur la contractilité utérine, et conclut définitivement, chiffres en main, en faveur de la méthode. Les dangers prétendus de septicémie sont illusoires dès qu'on s'entoure de toutes les précautions que commande une antisepsie rigoureuse.

La méthode dite de Puzos lui fournit également matière à amples développements. Il entre dans des détails très circonstanciés à propos du mode d'action de la poche des eaux. Inspiré par un travail récent du professeur Dumas (Montpellier), il accorde peut-être trop d'importance au seul fait de la rupture des membranes pour empêcher que le décollement ne s'étende au placenta. Il semble admettre que le décollement placentaire n'est que le complément de celui des membranes. Ce point n'est peut-être pas encore absolument démontré. Sans doute, il y a continuité de tissu entre le chorion et le placenta, par l'intermédiaire des villosités choriales, mais les moyens d'union du placenta avec l'utérus ne sont guère comparables à ceux

qui, à la fin de la grossesse, relient les membranes à la matrice ; ils sont bien plus puissants ! Le décollement placentaire peut bien être la conséquence des mêmes phénomènes mécaniques que ceux qui amènent le décollement, mais doit-on pour cela le considérer comme la simple succession de ce dernier? « *Que va-t-on faire en rompant la poche des eaux suivant la méthode de Puzos? On va empêcher le décollement et le glissement des membranes, on préviendra par conséquent le décollement du placenta et par là les hémorrhagies qui en sont la suite.* Mais, dira-t-on, si on rompait simplement le chorion, au lieu de déchirer toutes les membranes, n'arriverait-on pas, *en admettant que le mécanisme expliqué plus haut soit exact*, à empêcher le décollement placentaire et à prévenir également l'hémorrhagie? C'est là, en effet, une expérience à tenter, mais sur laquelle nous ne possédons encore aucun document ». La deuxième partie de cette citation fait bien voir que l'auteur a aussi des doutes sur « l'efficacité » de la méthode qui consisterait simplement à prévenir le décollement du placenta en empêchant celui des membranes. D'ailleurs, les faits cliniques, les observations instructives citées un peu plus loin par l'auteur montrent bien que la rupture de la poche des eaux serait impuissante à arrêter l'hémorrhagie si elle ne favorisait pas l'application plus intime de la partie qui se présente sur la paroi utérine. Il suffit de constater avec l'auteur combien diffère le résultat, suivant qu'il s'agit d'une présentation du sommet, du siège, de l'épaule; somme toute, d'une partie qui s'engage bien ou mal. En réalité, l'issue des eaux favorise « l'action mécanique hémostatique » exercée par la partie qui se présente.

SECTION II. — *Exposé synthétique des différentes méthodes de traitement du placenta prævia.* — M. Auvard fait d'abord l'histoire du « traitement du placenta prævia ». Il établit ensuite un parallèle entre les différentes méthodes, parallèle basé sur les chiffres de la mortalité, maternelle et fœtale, déduits des statistiques dressées pour chacune des méthodes principales. La conclusion est que quatre d'entre elles méritent seules d'être conservées.

	Mortalité maternelle.	Mortalité fœtale.
Méthode de Puzos....	13 p. 100	46 p. 100
— de Leroux (*antiseptique*)...	6 —	55 —
— de Braxton Hicks.........	4 —	60 —
— de Barnes................	0 —	43 —

Mais, fait observer l'auteur, l'impression première qui se dégage du seul examen de ces chiffres doit être corrigée. Les différences tiennent à des conditions spéciales qui modifient la signification apparente de ces statistiques. Ainsi, le chiffre de la mortalité avec la méthode de Puzos a été déduit de statistiques en partie faites avec des observations recueillies pendant une période prœ-antiseptique. De même, celui de la méthode de Barnes est fourni par des cas tirés de la pratique d'un seul médecin. C'est dire que le jugement ne saurait être définitif. Il faut attendre de nouvelles et nombreuses observations correspondant autant que possible à des conditions comparables.

Application en clinique des différentes méthodes de traitement.

M. Auvard trace sucessivement la conduite à suivre : *pendant la grossesse* (A), *le travail* (B), *les suites de couches* (C).

A. *Pendant la grossesse.* — Deux cas se présentent : l'hémorrhagie est faible (*a*), abondante (*b*).

a. Rien de particulier dans le traitement, qui se borne à quelques soins médicaux : repos, lavements laudanisés.

b. Il faut, suivant les particularités propres à chaque cas, appliquer la méthode de Leroux ou de Barnes. L'imperméabilité du canal cervical et des orifices sont, par exemple, des contre-indications à cette dernière méthode. Que faire quand une femme a déjà eu une hémorrhagie ? Existe-t-il un traitement préventif? Non, *l'hémorrhagie est inévitable.* « *Il est de toute nécessité qu'auprès de la femme se trouve une personne capable de faire le tamponnement à toute alerte sérieuse.* »

B. *Pendant le travail.* — Si l'hémorrhagie est légère, pas de traitement spécial. Si elle est abondante, il y a des indications à remplir, et elles varient suivant la période du travail : *période de dilatation* (*a*) ; *d'expulsion* (*b*) ; *de délivrance* (*c*).

a. **Période de dilatation.** — Une nouvelle division est nécessaire. *Les membranes ne sont pas accessibles* (a') ; *elles sont accessibles* (b').

a'. *Membranes non accessibles.* — Méthodes de Barnes ou de Leroux, qui permettent de conduire la dilatation jusqu'à ce qu'elle soit suffisante pour permettre l'extraction du fœtus. On rentre alors dans le deuxième cas.

b'. *Membranes accessibles.* — Si c'est une *présentation du siège*, méthode de Braxton Hicks ; *du sommet*, méthode de Puzos ; *de l'épaule*, méthode de Wigand ou de Braxton Hicks ; cette dernière si le fœtus est mort.

b. **Période d'expulsion.** — Le col est dilaté ou dilatable. *Présentation du siège*, extraction manuelle ; *de l'épaule,* version par manœuvres internes ; *du sommet*, version ou forceps : version si le fœtus est mort ; s'il est vivant, version ou forceps, suivant les préférences du praticien.

c. **Période de la délivrance.** — Si l'hémorrhagie est grave, délivrance aussi rapide que possible. M. Auvard expose d'une façon très minutieuse le traitement de l'hémorrhagie *post partum*. Il fait ensuite la description de la technique opératoire des injections intra-utérines chaudes. Ces derniers paragraphes de la section II contiennent des détails de pratique extrêmement importants.

DEUXIÈME PARTIE. — *Placenta prævia compliqué.* — Les complications sont d'origine ovulaire (grossesse double, hydrocéphalie, procidence du cordon, momification du fœtus ou du placenta, cotylédon placentaire isolé prævia), ou d'origine maternelle (rétrécissement du bassin, fibromes utérins, cancer utérin, ruptures utérines, éclampsie). M. Auvard examine successivement chacune de ces complications et place en regard des observations très intéressantes. Mais, en raison même de l'extrême rareté des faits, il est impossible de formuler une règle de conduite absolue. Lorsque la complication réside dans un rétrécissement du bassin, ou l'accouchement se fait spontanément ou il faut le provoquer. Dans le premier cas, méthode de Leroux ou de Barnes. Celle de Puzos doit être rejetée, parce que la sténose pelvienne empêcherait l'action mécanique hémostatique qu'on attend d'elle. De même celle de Braxton Hicks ne convient pas, en raison des difficultés qui pourraient provenir de l'extraction de la tête dernière. Si l'on provoque l'accouchement, il faut employer la sonde de Kraüse ou l'excitateur Tarnier, en se rappelant que la gravité du décollement est moindre quand les contractions utérines sont énergiques.

TROISIÈME PARTIE. — *Observations et statistiques de la Clinique d'accouchements et de la Maternité de Paris.* — Le titre seul indique l'importance de cette troisième partie. Elle renferme, en effet, un nombre considérable d'observations, à défaut desquelles il n'est guère possible de faire une œuvre médicale pratique. D'ailleurs, la thèse de M. Auvard, très complète au point de vue historique, repose essentiellement sur le rapprochement et l'interprétation judicieuse des

faits cliniques. De plus, elle se recommande fortement au lecteur par la netteté, la précision et l'esprit méthodique qu'on y découvre.

Dr R. Labusquière.

Appendice au traité d'obstétrique de Cazeaux et Tarnier, par P. F. Mundé, professeur de gynécologie à New-York, etc , etc.

L'auteur, fort au courant de la littérature anglaise, allemande et française, a eu l'idée de publier, dans un volume de 200 pages, destiné à être relié à la suite de l'ouvrage de Cazeaux traduit en anglais, l'indication de quelques nouveaux procédés et de quelques nouvelles théories qui mettent cet ouvrage au courant de la science actuelle.

Le chapitre premier est consacré à l'*Hygiène de la grossesse et du travail.* L'auteur insiste sur la nécessité du bon fonctionnement de tous les organes, les émonctoires spécialement, et sur l'utilité de l'exercice pendant la gestation. Mundé n'est point partisan des tractions sur le cordon ; il donne de l'ergot avant la délivrance ; puis il fait des frictions sur l'utérus, exprime avec douceur le placenta et active l'extraction en tirant sur le cordon.

Il est surprenant que quelques accoucheurs anglais et américains donnent encore de l'ergot avant la sortie du placenta. Leur ergot est-il différent du nôtre, ou bien agit-il différemment ? Mundé ne lui trouve aucun danger. L'école française, le professeur Pajot à sa tête, ne donne pas d'ergot tant que l'utérus n'est pas vide. Mundé donne une nourriture substantielle à ses accouchées « après quelques heures », les purge légèrement le troisième jour, s'il y a lieu, et ne les sonde que si cela est nécessaire.

Il combat les *tranchées* au moyen de l'*ergot*, de la morphine et du camphre. Il emploie assez souvent le *chloral*, qu'il recommande dans les menaces d'avortement.

La *quinine*, suivant lui, stimule les contractions une fois qu'elles ont commencé, mais elle ne serait un abortif qu'à des doses *écrasantes.*

La racine de *gossypium* favorise l'involution.

Le *gui* ranime les contractions.

Le *viburnum prunifolium* est fort utile dans l'avortement menaçant.

La *cocaïne* lui a rendu service dans les cas de vomissement gravidique.

Puis l'auteur consacre quatre pages à l'étude de l'électricité.

Position de la parturiente. — Dans la position mento-postérieure, il est utile de faire placer la femme sur les coudes et les genoux; ce décubitus rectifie souvent la position.

Sans s'élever contre l'habitude de Goodell, qui fait lever ses accouchées le quatrième ou le cinquième jour, Mundé n'approuve pas ce système.

La position genu-pectorale, aidée par l'application de la valve de Sims, lui a suffi pour réduire l'utérus gravide rétrofléchi.

Palpation. — Mundé affirme avoir écrit, en 1871-72, à Vienne, mais non publié, les mêmes idées que Pinard a fait connaître en France dans l'ouvrage qui est entre les mains de tous les accoucheurs. Mundé a indiqué ses procédés dans l'*Am. Journ. of Obst.* de 1879-80. Dans l'ouvrage que j'analyse, Mundé a emprunté à Pinard ses figures.

Anesthésiques. — L'auteur recommande « le chloral contre les dou- « leurs du premier stade; le chloroforme pendant la période d'ex- « pulsion, et le chloroforme ou l'éther pour l'anesthésie complète, « nécessitée par les opérations. »

L'antisepsie occupe la place importante qu'elle mérite. L'auteur en fait un historique et un examen rapide et complet (1).

Le chapire consacré à la *fièvre puerpérale* demanderait mieux qu'une analyse. L'auteur recommande de faire, après les injections hydrargyriques, des injections d'eau chaude ou d'hydro-naphtol, pour enlever le sel mercuriel, qui pourrait causer un empoisonnement; la curette est utile dans les cas de rétention de particules solides. Il ne faut faire des injections intra-utérines que dans le cas de lochies fétides et une température élevée. Ces injections amènent parfois une élévation de la température.

Mundé recommande l'application de suppositoires iodoformés dans la métrite et l'endométrite. Il se loue aussi de l'antipyrine, à dose répétée, comme antipyrétique simple. La *péritonite* et la *cellulite puerpérales* sont fort bien étudiées.

Puis l'auteur examine les *lacérations du col et du périnée*, leurs conséquences, et indique leur traitement. Celui ci, qu'on n'a pas l'habitude de trouver dans les traités d'obstétrique, occupe une place plus étendue dans la *Petite chirurgie gynécologique* de Mundé.

(1) L'histoire de la découverte de la septicémie puerpérale par Semmelweiss est faite d'une manière fort intéressante dans *Lancet*, 1886, t. II, p. 206 et 246.

Le chapitre qui traite de la *grossesse extra-utérine* contient un historique rapide, mais assez complet, de la question. Quant au traitement, Mundé recommande la faradisation ou la galvanisation, qui tue le fœtus. Il place une électrode dans le rectum ou le vagin et l'autre sur l'abdomen. Les électrodes restent en place pendant cinq minutes, et on répète ces séances tous les jours jusqu'à ce qu'on soit assuré de la mort du fœtus. Mundé rapporte 18 cas de succès.

L'ouvrage se termine par un manuel de *jurisprudence obstétricale et gynécologique*. Le secret médical est absolu à New-York ; en Angleterre, les autorités ont décidé que les médecins ne sont pas assujettis à ses obligations.

L'enfant né avant le mariage est illégitime, malgré un mariage subséquent. L'enfant né dans le mariage a pour père le mari, alors même qu'il a pu être conçu avant le mariage, à moins que l'impossibilité du coït ne soit prouvée. Mundé ne connait pas de cas où un garçon ait procréé avant l'âge de 14 ans ; les spermatozoïdes persistent rarement après 65 ans.

La durée moyenne de la grossesse varie de 270 à 280 jours. Mundé croit que l'imprégnation se fait le plus souvent aussitôt après les règles.

Puis il discute la viabilité du fœtus et examine les signes prouvant une grossesse et un accouchement antérieurs, les signes qui prouvent qu'un enfant a vécu, et étudie l'infanticide, l'avortement criminel et le viol.

L'ouvrage de Mundé renferme deux belles planches in-4°, en couleur, dont l'une est une réduction des planches murales de Fritsch, et l'autre renferme des dessins d'après nature montrant les formes diverses de l'hymen et de ses débris.

En résumé, je ne puis que le répéter : cet ouvrage mériterait mieux qu'une sèche analyse, nécessairement écourtée, vu le peu de place dont peut disposer la *Revue bibliographique*.

A. Cordes.

Ostetricia, gynecologia e pediatria compendio
del cavaliere Francesco Macari, Genova, 1885.

Ce livre, paru en 1877, en est déjà à sa troisième édition. C'est assez dire l'accueil qui lui a été fait en Italie par les élèves et les jeunes accoucheurs des campagnes, auxquels il s'adresse spécialement, comme prend soin de le déclarer l'auteur dans sa préface.

L'ouvrage, qui compte à peine 650 pages, comprend 6 parties : la première est consacrée à la grossesse normale ; la seconde à la grossesse pathologique ; la troisième aux opérations obstétricales ; la quatrième à la pathologie de la grossesse et des suites de couches ; la cinquième à la gynécologie ; la sixième et dernière à la pédiatrie.

Avant d'entrer dans l'examen détaillé de ces diverses parties, nous exprimerons un regret : celui de n'avoir pas trouvé, à la fin du volume, une table alphabétique permettant au lecteur, si souvent pressé, — étudiant à la veille d'un examen, ou praticien désireux de faire cesser un doute et taire une hésitation — de courir au renseignement qui lui importe.

Ce desideratum exprimé, nous sommes heureux de reconnaître que l'auteur, pris entre l'abondance des matières et la volonté bien arrêtée de faire court, pour laisser à son livre les proportions d'un manuel, a su condenser dans un petit nombre de pages le plus de notions utiles possible. Un sujet est-il controversé, il glisse rapidement, exposant les diverses théories émises sans les discuter pour prendre parti. Ainsi en est-il, par exemple, des modifications du col durant la grossesse, question récemment remise à l'ordre du jour.

Le diagnostic de la grossesse est assez longuement étudié, et les divers signes tirés de l'interrogatoire et de l'examen de la femme, du palper, du ballottement passif, de la percussion, de l'auscultation et du toucher successivement passés en revue. Peut-être ce chapitre eût-il gagné en clarté à n'être pas confondu dans l'uniformité du texte, mais bien divisé en une série de petits paragraphes bien distincts, classant ces divers signes selon leur degré d'importance. L'auteur, en somme, n'admet qu'un signe de certitude absolue : les battements du cœur du fœtus. Nous croyons, avec quelques accoucheurs français, ne devoir pas accorder une moindre valeur à la perception des mouvements actifs du fœtus, quand elle est faite par l'accoucheur, ou encore à celle des mouvements passifs, c'est-à-dire « à la sensation d'une tumeur solide se déplaçant dans un liquide ». Qu'il y ait là des causes d'erreur, nous ne le nierons pas ; mais n'en est-il pas jusque dans l'auscultation ? et n'avons-nous vu apporter tout dernièrement à la Maternité de Lariboisière une femme enceinte chez laquelle les pulsations maternelles étaient aussi nombreuses que le sont d'ordinaire les pulsations fœtales.

Quant à la grossesse gémellaire, le professeur Macari proclame avec raison la supériorité de l'auscultation et du palper comme

moyens de diagnostic. Peut-être n'insiste-t-il pas suffisamment sur le palper, qui fournit souvent les signes tout d'abord et les plus nettement perceptibles.

A propos du mécanisme de l'accouchement en général, nous avons été surpris de ne trouver sur ce sujet si important que quelques lignes à peine, sans que d'ailleurs il soit fait mention du professeur Pajot ni de la loi formulée par lui. C'est là une lacune d'autant plus regrettable que la connaissance approfondie de ces phénomènes mécaniques peut seule servir de guide sûr et fidèle aux jeunes accoucheurs, quand une indication pressante leur fait un devoir d'intervenir et de substituer leurs efforts à ceux de la nature.

Dans l'exposé du mécanisme de l'accouchement par la face, l'auteur glisse peut-être aussi trop rapidement sur la nécessité absolue où est ici le menton de venir sous la symphyse pubienne pour que l'accouchement puisse se faire. C'est là pourtant une condition *sine qua non* sur laquelle on ne saurait trop appeler l'attention des élèves.

Quant à l'accouchement par le siège, nous avons vainement cherché la manœuvre de Mauriceau, qui pourtant s'impose à l'accoucheur à chaque fois qu'il veut obtenir un enfant vivant.

Dans l'exposé des soins à donner à la jeune accouchée, l'auteur nous a paru sévère pour l'alimentation de cette dernière, qu'il condamne à la diète quand elle n'allaite pas, ne lui permettant d'ailleurs de reprendre son régime ordinaire, quand elle allaite, qu'au bout de trois semaines.

En revanche, il nous semble trop libéral quand il permet à la femme, *si robuste soit-elle*, de se lever huit ou dix jours après l'accouchement, ajoutant d'ailleurs presque aussitôt qu'il faut tenir surtout compte ici de l'involution utérine. On sait que cette involution n'est guère complète et l'utérus rentré dans la cavité du petit bassin que vers le vingtième jour.

Quant à l'allaitement, le professeur Macari se déclare partisan avant tout de l'allaitement maternel.

Dans la seconde partie, l'auteur étudie la distocie et passe en revue les diverses viciations du bassin. Il fait de ces dernières une étude rapide, mais méthodique et pleine de clarté, consacre quelques pages à la pathologie du fœtus et de ses annexes et s'étend longuement sur la pathologie de la grossesse et de l'accouchement.

Dans la troisième partie, il étudie successivement la version céphalique et podalique et la version bipolaire. Il recommande la ceinture

eutocique du Dr Pinard pour les cas où, la version céphalique étant faite, il est nécessaire de maintenir la tête au-dessus du détroit supérieur.

A propos du forceps et de l'embryotomie, nous regrettons vivement que l'auteur n'ait consacré que quelques lignes rapides au forceps et au basiotribe de M. le professeur Tarnier, qui nous paraissent avoir une supériorité incontestable sur le forceps de Levret et le céphalotribe de Baudelocque. Il y aurait eu, selon nous, plus de profit pour les praticiens, à bien connaître les instruments inventés par le savant professeur de la Maternité qu'à voir défiler sous leurs yeux tout l'arsenal obstétrical.

Les détails que nous venons de donner sur les premières parties du livre du professeur Macari ne nous permettent pas de nous arrêter longuement sur les trois dernières. L'auteur y étudie, sous une forme concise, les maladies des suites de couches, insistant tout particulièrement sur la fièvre puerpérale, l'œdème douloureux et la folie puerpérale, dont il donne un tableau saisissant. Puis viennent les maladies des femmes et des enfants.

La partie de son livre réservée à la gynécologie nous a paru fort écourtée. Quant à la pédiatrie, on pourrait lui faire les mêmes reproches. Certaines maladies du nouveau-né nous ont paru cependant remarquablement exposées, notamment la syphilis, la scrofule et le rachitisme.

Malgré les restrictions que nous avons cru devoir faire tout au long de cette étude, nous croyons que le livre du professeur Macari sera lu avec profit par tous les praticiens. Ils ne sauraient trouver en moins de pages plus de renseignements utiles.

Dr C.-E. Baylin.

REVUE DES JOURNAUX

De la malaria dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (Ueber malaria in hinsicht auf Schwangerschaft und Wochenbett), G. C. Nijhoff. — *Malaria et grossesse.* — Griesinger dit que l'état de grossesse ne confère pas l'immunité contre le virus malarique. Grenser, Mendel et Ritter sont d'un avis contraire. Les mani-

festations du paludisme seraient extrêmement rares durant la gestation. Goth, au contraire, les a observées souvent chez les femmes enceintes ; il est même disposé à attribuer au virus paludéen beaucoup d'accidents qui éclatent soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement. Les observations de Bompiani concordent avec cette manière de voir.

M. Nijhoff communique les observations suivantes, tirées de sa pratique :

Observation I. — Femme arrivée vers la neuvième semaine de sa deuxième grossesse. Elle est prise de deux accès de fièvre intermittente, type quotidien. Traitement : 1,5 de sulfate de quinine. Le lendemain, écoulement par le vagin d'une petite quantité de glaires mélangées de sang. Sous l'influence du repos, cessation des accidents. Les accès fébriles ne reparurent pas et la grossesse évolua normalement.

L'intérêt de ce cas est dans la difficulté où l'on est de décider la cause réelle de la menace d'avortement ; faut-il mettre en cause la fièvre palustre ou le médicament lui-même ? M. Nijhoff se rallie de préférence à la première hypothèse. Quant à l'exactitude du diagnostic de fièvre intermittente, l'absence de tout désordre notable de la respiration et de la digestion et l'efficacité du sulfate de quinine ne permettent pas une supposition plus rationnelle.

Obs. II. — X..., VIpare, avait eu, pendant sa dernière grossesse, plusieurs accès de fièvre intermittente, contre lesquels on avait eu recours avec succès au sulfate de quinine. Cinq semaines environ avant la date présumée de son accouchement, qui dura depuis midi jusqu'à 2 heures dans la nuit. Vers minuit, apparition des douleurs et vers 6 heures expulsion d'un enfant en apparence incomplètement développé.

Obs. III. — X..., IVpare, est prise, pendant les trois derniers mois de sa grossesse, de douleurs lancinantes dans la hanche. Elles apparaissaient chaque jour, dans la soirée. Elles cédèrent à l'usage du sulfate de quinine. Quatorze jours environ avant la date présumée du terme normal de la grossesse, expulsion d'un enfant bien développé.

Obs. IV. — X... était sujette depuis deux ans à des accès de fièvre intermittente, qui cédèrent à l'usage du sulfate de quinine. Mais il apparurent de nouveau pendant la grossesse. Le travail se déclara à peu près au terme normal de la grossesse ; néanmoins, il succéda à un accès fébrile assez fort.

M. Nijhoff ne se croit pas suffisamment autorisé, par ces observations, à porter un jugement définitif touchant l'influence de la malaria sur la grossesse. L'opinion que, dans le cas II, le travail s'était déclaré cinq semaines avant le terme, était contestable. Mais le poids même (2,800 gr.) de l'enfant dont il s'agit dans l'observation IV, montre qu'il n'était pas tout à fait à terme. Enfin, le diagnostic « d'accidents palustres », dans l'observation III, repose moins sur l'efficacité du sulfate de quinine que sur les phénomènes observés après l'accouchement et durant les suites de couches.

Paludisme et accouchement. — Les observations de M. Nijhoff semblent favorables à l'opinion de Ritter que « le travail supprime les accès. » Dans les deux premiers cas, ils cessèrent après l'accouchement pour ne reparaître que douze jours plus tard. Dans le troisième, les douleurs névralgiques disparurent complètement, mais quatorze jours après éclata un accès fébrile qui fut coupé complètement par la quinine, circonstance qui prouve bien qu'il s'agissait de névralgie d'origine palustre. Dans le quatrième cas, la fièvre cesse également après le travail pour reparaître, quatorze jours plus tard, sous la forme d'un accès très violent, et dix jours après sous la forme d'un nouvel accès. Malgré la signification apparente de ces observations en faveur de l'opinion de Ritter, M. Nijhoff pense que la récidive s'explique mieux si l'on admet une cessation simplement fortuite des accidents, car l'anémie causée par l'hémorrhagie du travail, dans laquelle résiderait, d'après Ritter, l'influence préservatrice de l'accouchement, se prolonge pendant plus de quatorze jours. En outre, cette suppression des accès par l'accouchement est peu compatible avec la réceptivité remarquable des accouchées pour le poison malarique.

Paludisme, suites de couches. — Ritter cite 14 cas de malaria pendant les suites de couches. 3 fois il s'agissait de récidives, les accidents s'étant manifestés avant l'accouchement. Il n'y a pas dans ces faits un seul cas de fièvre intermittente pure. Le sulfate de quinine ne donna des résultats qu'après que la fièvre intermittente eût pris le type intermittent.

L'auteur est d'avis que les accès fébriles aigus des accouchées ne sont que des poussées d'une infection palustre chronique. Mendel, qui a aussi observé deux cas de cette nature, croit que l'état puerpéral (suites de couches) prédispose à la malaria, mais modifie le type fébrile. Comme Ritter, il attribue le peu d'efficacité du sulfate de qui-

nine aux troubles digestifs. Göth partage l'opinion que les accouchées offrent une grande prédisposition à l'infection malarique. Mais il ne peut affirmer qu'il existe entre les accès une apyrexie complète. Quand la fièvre affecte le type rémittent et non périodique, il y a généralement gerçures, érosions du mamelon, etc., etc. Ce sont précisément les cas dans lesquels le sulfate de quinine se montre inefficace.

Outre les cas relatés plus haut, Nijhoff a observé les deux suivants de fièvre intermittente pendant les suites de couches.

Obs. V. — X... fut prise cinq jours après l'accouchement, d'un violent frisson qui éclata dans la soirée et qui se prolongea jusque dans la nuit. Il fut suivi d'une transpiration abondante. Le lendemain la température était à 37°,6, le pouls à 60. Respiration 18, fort calme. Langue un peu chargée et humide; le bas-ventre dépressible, pas de douleurs à la pression, rien d'anormal du côté de l'utérus, des seins. Le soir, température, 39°,4 ; pouls à 108; respiration 23. Peau chaude et moite. Le lendemain, à la même heure que la veille, nouveau frisson. Le jour suivant, au matin, température normale. Prescription: 0,40 centigr. de sulfate de quinine à prendre en 3 fois dans la matinée. Le soir: T. 38°,2; P., 88.

Le lendemain au soir; après ingestion de 1 gr. 20 de quinine, T., 37°,8 ; P., 76. La quinine fut continuée encore pendant quelques jours et la fièvre ne reparut pas. Durant sa grossesse, la patiente n'avait eu ni fièvre, ni névralgies se montrant à des intervalles périodiques. Mais elle avait autrefois éprouvé des accidents de cette nature.

Obs. VI. — X... avait eu une grossesse indemne de phénomènes fébriles. Seize jours après son quatrième accouchement normal, et des suites de couches très régulières, elle fut prise d'un frisson et d'un accès de fièvre qui se prolongea plusieurs heures. Deux jours après, nouveaux frissons. Les accès s'accompagnent de douleurs et de tuméfaction des seins. La quinine n'ayant pas été tolérée, on donna la teinture d'eucalyptus qui amena la cessation des accidents pyrétiques.

Cette femme fut prise de la même façon, seize et dix-sept jours après son cinquième accouchement, d'accès intermittents (f. tierce), qui cédèrent encore à l'usage de la teinture d'eucalyptus, mais qui se reproduisirent très violents.

Bien que ces observations ne soient pas assez nombreuses pour permettre de porter un jugement définitif sur la fréquence de la

malaria durant la grosssesse et durant les suites de couches, M. Nijhoff croit cependant qu'elle survient assez fréquemment. — *Mais le diagnostic exige de grandes réserves* (1).

En ce qui concerne l'influence des accès intermittents sur l'apparition des contractions, évidemment l'Obs. IV, dans laquelle on vit le travail se déclarer immédiatement après l'apparition d'un de ces accès semble témoigner en faveur de la réalité de cette influence. Cependant Nijhoff n'a pas observé de fait *avéré* d'accouchement prématuré, sûrement attribuable à cette cause. Il est plus porté à croire que la malaria ne trouble pas la marche de la grossesse. La cessation des accès après le travail lui paraît une circonstance simplement fortuite.

Lorsqu'il n'existe pas dans l'intervalle des accès une apyrexie complète, il faut songer à une complication quelconque ou soupçonner une autre maladie. L'efficacité du sulfate de quinine laisse, en semblables circonstances, persister un certain degré de doute, parce que, dans d'autres formes d'affections puerpérales pyrétiques, ce médicament modifie favorablement la température. (D'après l'analyse *in Centr. für Gynæk.*, nº 20, 1886.)

Du traitement de la délivrance (Die Behandlung der Placentarperiode), par M. Felsenreich. — M. Felsenreich ne partage pas l'opinion d'Ahlfeld, partisan déclaré de la méthode expectante, en faveur de laquelle se sont également prononcés Freund, Kabierske, Teuffel et Dohrn. Selon lui, elle ne donne pas des résultats meilleurs que celle dite de Dublin ou de Crédé, à condition que celle-ci soit pratiquée d'une façon intelligente et méthodique. Il appuie cette opinion sur des statistiques dressées avec les riches matériaux recueillis pendant quatre

---

(1) M. Varnier, dans son analyse critique de la thèse de M. Bonfils (*), fait observer, avec beaucoup de raison, que dans les cas quelque peu douteux il ne faut pas accepter trop facilement l'hypothèse de fièvre palustre. On risquerait ainsi, en comptant exclusivement sur l'efficacité du sulfate de quinine, de laisser se développer des accidents septicémiques contre lesquels on se trouverait, un peu plus tard, désarmé. Il ne faut donc pas négliger la thérapeutique intra-utérine..... et, comme il le dit, courir le risque de lâcher la proie pour l'ombre. R. L.

(*) Voy. *Annales de Gyn.*, août 1886.

années et demie à la clinique de Braün. Ces statistiques sont instructives.

En quatre ans et demi, il y eut 13,904 accouchements,

Morbidité puerpérale moyenne		6,78	p. 100
— —	maxima (3 trimestres 1881)..	11,9	—
— —	minima (1883)	2,7	—
Mortalité puerpérale moyenne		0,44	—
— —	maxima (1882)	1,14	—
— —	minima (1884)	0,00	—

Or, dans ces 13,904 accouchements, le décollement artificiel du placenta, la main étant introduite *in utero*, fut pratiqué 56 fois, 25 fois chez des primipares, 26 chez des pluripares.

De ces accouchées, 10 eurent des suites de couches pathologiques, une mourut.

Conclusions : *Il ne faut procéder à l'extraction manuelle du placenta, la main étant introduite dans l'utérus, qu'après avoir essayé les autres méthodes qui peuvent épargner aux femmes un genre d'intervention pénible, douloureux, et susceptible d'aggraver les suites de couches.* Il conseille, en outre, de s'abstenir de cette pratique, en honneur jadis et suivie encore par quelques-uns, qui consiste à faire des injections avec des solutions de sesquichlorure de fer, dans les cas d'hémorrhagie par inertie utérine. (*Wiener klinik*, 1886, Hft I, et *Centr. für Gynæk.*, n° 16, 1886.)

Atrophie du chorion, par le Dr Herman. — Il s'agissait d'un avortement au deuxième mois environ. La caduque mince ne présentait aucune particularité intéressante. Les membranes étaient intactes. Le diamètre de l'œuf était de 32 millimètres. Sa surface, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire, n'était pas complètement recouverte de villosités, elle en était dépourvue par places ; en d'autres points, elle en présentait quelques-unes ; sur d'autres, ces villosités étaient réunies en touffes qui avaient un volume normal. Ces touffes villeuses étaient disséminées et non agglomérées. H... ignore si *cette atrophie des villosités choriales est antérieure ou consécutive à la mort du fœtus*. Le Dr Priestley fit observer que la mort du fœtus, quelle qu'en fût la cause, devait avoir comme conséquence l'atrophie des villosités.

Au contraire, la caduque, qui puise ses éléments de nutrition dans les tissus de la matrice, peut continuer à se développer. De cette circonstance dérive une grande différence dans le développement relatif des membranes de l'œuf. (*Obstétrical Trans.*, vol. XXVII, page 197.)

Fibro-sarcome du chorion, par le Dr Galabin. — Il s'agissait d'un placenta qui présentait une tumeur prise d'abord, par quelques médecins, pour un fibrome de l'utérus qui avait été expulsé avec l'arrière-faix. Hypothèse erronée, puisque la face utérine du placenta était, exclusivement, du tissu placentaire. Après examen minutieux, on constata une tumeur principale et quelques masses secondaires de petit volume. En outre, l'examen histologique fit voir que ces néoplasmes étaient en continuité parfaite avec les villosités choriales et étaient, de plus, recouverts par un épithélium continu avec celui des villosités. D'où la conclusion obligée, *qu'ils dérivaient du chorion et non de la caduque.* Leurs éléments constitutifs participaient à la fois du fibrome et du sarcome. Eléments fusiformes et petites cellules rondes. Ces derniers éléments, en tout autre point du corps, seraient considérés comme étant de nature maligne. (*Obstétrical Trans.*, vol. XXVII, p. 108.)

Contribution à l'étude de la maturité de l'œuf (Zur Lehre Ueber die Reife der Eier), par le Dr A. Carini. — M. Carini, dans une revue intéressante, expose d'abord d'une façon très rapide la formation du follicule de Graaf. Il rappelle ensuite les différents signes qui, d'après les auteurs (Barry, Bischoff, Waldeyer, His..), sont caractéristiques de la maturité du follicule. Puis il expose les résultats d'une série de recherches histologiques qui lui en ont fait connaître un nouveau. Elles ont porté sur des ovaires de femmes, de chiennes, de lapines, de cobayes, et, dans tous les cas, elles ont fourni un résultat identique. Si l'on traite un follicule dont la maturité paraît confirmée par l'ensemble des signes indiqués jusqu'ici ; successivement par l'hématoxyline et l'éosine, on constate que les éléments constitutifs du follicule manifestent des affinités différentes pour chacun de ces réactifs. Les cellules qui sont appliquées contre la paroi fibreuse du follicule

et celles qui sont en contact immédiat avec l'ovule offrent une prédilection très marquée pour l'hématoxyline. Au contraire, les cellules intermédiaires à celles-là fixent de préférence l'*éosine*, au moins dans un de leurs éléments, le *protoplasma*. Leurs noyaux, en effet, s'emparent de l'hématoxyline, mais on constate aussi la présence d'un certain nombre d'éléments qui sont complètement (noyaux et protoplasma) colorés par l'éosine; *cellules éosinophiles* (*eosinophyl*). Ces cellules éosinophiles seraient précisément la caractéristique de la maturité du follicule. Elles correspondraient, en outre, à un commencement de processus de dégénérescence atteignant un nombre plus ou moins considérable des éléments constitutifs d'un follicule qui serait sur le point de se rompre. (*Medizinische Jahrbücher*, Hft VI, 1886.)

Sur le cathétérisme des uretères chez la femme (**über die Harnleitersondirung beim Weibe**); Pawlik. — On a, dans ces derniers temps, utilisé, pour le diagnostic des affections rénales, le cathétérisme et l'oblitération provisoire, par compression, des uretères. On cherche à intercepter la communication de la vessie avec l'un ou l'autre uretère, de façon à pouvoir déterminer quel est le rein malade. C'est Tuchmann qui, le premier, eut l'idée de comprimer l'uretère et il imagina, dans ce but, un appareil compresseur. Partant du même principe, Silbermann se servit, pour comprimer l'uretère, d'une sorte de sac qu'on introduit dans la vessie et qu'on distend avec du mercure. Hégar proposa la ligature momentanée de l'uretère. Un grand nombre d'instruments furent encore construits, mais ils réalisaient mal ou incomplètement le but désiré. Enfin, M. Grünfeld a indiqué une méthode qui consiste dans l'éclairage de la vessie.

Pawlik a proposé une manière simple et sûre de pratiquer ce genre de cathétérisme. Il l'imagina à propos du cas d'une femme à laquelle il avait enlevé la portion vaginale du col, envahie par un cancer. Il s'était produit une fistule urétéro-vaginale qui était perméable pour une sonde. Ayant poussé dans le fond de la matrice la partie supérieure d'un cathéter élastique, mince, il en conduisit la partie inférieure dans l'orifice de la fistule, parvint à la faire pénétrer dans la vessie et à l'attirer par l'urèthre. La fistule fut opérée sur le cathéter. L'opération n'ayant point amené la guérison, Pawlik parvint à

pousser dans l'uretère, à travers la vessie, une sonde qu'il avait introduite par l'urèthre. L'expérience fut répétée sur des uretères sains. Après quoi Pawlik fit construire un *cathéter urétéral*. Dans le cours de ses recherches, il avait constaté la présence, sur la paroi vaginale extérieure, d'un sillon qui correspondait au trigone de Lieutaud. Ce sillon lui permit de déterminer facilement les orifices d'abouchement des uretères dans la vessie.

Le cathétérisme pratiqué dans la position de la taille, est plus difficile ; avec un peu d'habitude on parvient toutefois à l'opérer, et la position possède quelques avantages sur la position génu-pectorale qui fatigue la patiente. Pour tendre la paroi antérieure du vagin, Pawlik se sert du spéculum de Simon ; mais l'instrument doit être convenablement choisi. Trop grand, par exemple, il fait disparaître le sillon, qui est le point de repère. La condition la plus favorable de la vessie pour l'exécution du cathétérisme est une réplétion modérée. Le mieux est de l'évacuer et d'injecter ensuite 150 à 200 grammes d'eau tiède. Le cathéter introduit, on élève le manche de façon à glisser l'extrémité de l'instrument le long de la paroi vésicale jusque dans le sillon vésical. On est averti que le cathéter est dans l'orifice urétéral quand on cesse de sentir la résistance opposée par la paroi vésicale. On peut enfoncer le cathéter jusqu'à la paroi postérieure du bassin, mais il est fort difficile de le faire parvenir jusque dans le bassinet, parce que la courbure spéciale à l'urèthre ne permet pas d'abaisser suffisamment le manche de l'instrument. Ces manœuvres provoquent-elles des douleurs, on les combat par des injections dans la vessie de solutions de morphine, de cocaïne.... En quelques circonstances, les uretères sont déviés de leur direction normale ; le cathétérisme peut être alors fort difficile, parfois même irréalisable. (*Archiw. für Gynäk.*, Bd., XXVIII, Hft. I, and *Cent. für Gynäk.*, n° 36, 1886.)

Un cas de soi-disant « pseudo-myxome du péritoine » (Ein fall von sogenannten « pseudomyxoma peritonei »), par J. Donat. — X..., 38 ans, admise à l'hôpital le 23 juin. Antécédents pathologiques, rougeole et fièvre nerveuse. Réglée à 16 ans, toutes les quatre semaines. Menstruation normale. Trois accouchements naturels et spontanés, le premier, neuf années auparavant. Dès le mois de décembre

de l'année précédente, elle avait remarqué que son ventre devenait plus fort. Cependant, elle ne ressentait de douleurs que dans des conditions spéciales, à l'occasion, par exemple, d'une longue marche. Ces douleurs siégeaient à droite. Elle se crut enceinte et prit avis d'une sage-femme qui la confirma dans cette idée. Dans les dernières semaines, elle éprouva de grands malaises, sentit ses forces diminuer, et, manquant absolument d'appétit, se décida à réclamer le secours médical.

État actuel. — Femme de taille moyenne, affaiblie. Peau brune, flasque ; peu d'embonpoint. Température normale ; pouls, 72, fort, assez ample. Seins petits et mous ; aréole faiblement pigmentée. Pas de sécrétion mammaire ; ventre fortement distendu, parois abdominales minces.

Mensurations.

Circonférence au niveau de l'ombilic..............	98	centimètres.
De l'extrémité de l'appendice xiphoïde à l'ombilic..	17	—
De l'ombilic à la symphyse......................	20	—
De l'épine iliaque antérieure et supérieure droite à l'ombilic..................................	26	—
De l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche à l'ombilic..................................	24	—

Examen externe. — Tumeur de consistance uniforme, faiblement élastique, en tous points nettement fluctuante, sonore à la percussion. Dans la région lombaire, tympanisme modéré. Pas de sensibilité au simple contact ou à la palpation profonde. Paroi abdominale mobile sur la tumeur.

Vulve et mont de Vénus médiocrement œdémateux. Pas d'albumine dans l'urine.

Examen interne. — Utérus refoulé en avant, à direction verticale, et peu mobile. Cavité utérine, 8 centimètres 1/2. En arrière de la matrice, le doigt explorateur atteint le segment inférieur de la tumeur. Excavation libre.

Diagnostic : **Kyste de l'ovaire.**

Opération. — Elle fut faite le 25 par Sänger, en présence de Credé. Assistants : Donat, Obermann, Zenker. — Incision suivant la ligne médiane, dans la portion moyenne de la distance qui sépare l'ombilic de la symphyse. La paroi abdominale incisée, on aperçut une sorte de membrane opaque, blanchâtre, presque hyaline, qu'on prit d'abord

pour l'enveloppe de la tumeur. C'était le péritoine pariétal modifié dans son apparence normale par un processus inflammatoire. Quand on l'eut incisé, il s'échappa une quantité de masses grumeleuses, colloïdes, de coloration jaune clair. L'incision péritonéale agrandie, on vit une tumeur kystique qui était absolument dépourvue d'adhérences. Elle était aussi doublée d'une mince couche constituée par les mêmes masses gélatineuses.

Se souvenant d'un cas rapporté antérieurement par Werth (1), Sänger modifia aussitôt le diagnostic, porta celui de « *pseudo-myxome du péritoine* » et décida l'ouverture du kyste.

Ponction avec le trocart de Spencer-Wells, qui n'amena rien au dehors. La plaie abdominale fut agrandie, et le kyste ouvert à l'aide du bistouri. Les masses opaques, blanchâtres, qui s'échappèrent alors de la cavité kystique, étaient tellement abondantes qu'il fallut en extraire une partie avec les mains. La compression latérale de la tumeur réussit si bien à compléter l'évacuation qu'il fut possible de l'attirer au niveau de la plaie abdominale. On constata alors, sur la paroi postérieure, l'existence d'une ouverture de la largeur de deux doigts, à travers laquelle une certaine quantité de la masse gélatineuse était passée directement dans la cavité abdominale. Pas d'adhérences. La portion inférieure du kyste s'enfonçait assez profondément entre les feuillets du ligament large. Après une double ligature faite avec un fil de soie fortement phéniqué, la tumeur fut excisée avec le bistouri. Les parties cruentées furent cautérisées avec le thermocautère et saupoudrées d'iodoforme. On retira encore de la cavité abdominale une assez grande quantité de masses gélatineuses. Elles étaient surtout accumulées dans l'espace de Douglas, au-dessous du foie, dans les régions splénique et rénale. En outre, le gros intestin et le péritoine pariétal étaient revêtus par une couche transparente de 1 à 3 millimètres d'épaisseur de substance gélatineuse qu'il était mpossible de détacher. En certains points, elle présentait des ecchymoses et de fines arborisations vasculaires. L'utérus et ses annexes avaient un revêtement analogue. De la paroi utérine antérieure, en avant du repli péritonéal vésico-utérin s'élevaient trois poches fine-

(1) *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXIV, Hft I. Werth avait désigné les altérations anatomiques qu'il avait constatées dans ce cas sous le nom de « *pseudo-myxome du péritoine* ».

ment pédiculées, hydatiformes, qui furent enlevées. L'ovaire gauche, qui était normal, était néanmoins recouvert par la substance gélatineuse. Comme, en dépit d'un grattage prolongé, il restait toujours entre les anses intestinales une certaine quantité de masses morbides, on fit un lavage minutieux de la cavité abdominale (solution de chlorure de sodium à 2 p. 100 avec acide salicylique, 1 p. 500, à 38° c.). Ce lavage, pour lequel on employa cinq litres de liquide, amena encore l'évacuation d'une quantité considérable du contenu gélatineux. On remarqua, en outre, qu'au contact de la solution employée pour le lavage, il se fit, dans la couche gélatineuse de l'intestin et du péritoine pariétal, un précipité blanchâtre. La toilette abdominale terminée, le ventre fut refermé. Sutures profondes et superficielles. Pulvérisation d'iodoforme sur le trajet de la suture ; gaze iodoformée ; bandage avec de l'ouate et des bandelettes de diachylon. La convalescence fut assez compliquée (vomissements répétés qui nécessitèrent l'emploi des lavements alimentaires ; frissons, élévation de la température...). Néanmoins, l'opérée put quitter l'hôpital le 1er août, un peu plus d'un mois après l'opération.

Tumeur. — Elle avait l'aspect d'un **kyste glandulaire multiloculaire.** Cloisons minces, vascularisation très accusée. Poids (y compris les masses gélatineuses) : 9,200 grammes.

L'analyse chimique démontra que les masses gélatineuses, contrairement à ce qu'on eût pu prévoir, ne contenaient que des traces de mucine. Il y avait, en revanche, une quantité considérable d'albumine.

D'après l'auteur, les altérations anatomiques du péritoine pariétal et de l'intestin sont le résultat d'une péritonite traumatique, provoquée par l'irruption accidentelle dans la cavité abdominale du contenu d'un kyste à parois minces, qui éclate à un moment donné sous un excès de pression. Au lieu de la dénomination de « pseudo-myxome du péritoine », qui pourrait donner lieu à certaines confusions, Donat propose celle de *péritonite par corps étrangers* (*Fremdkörper-Peritonitis*). (*Archiw. für Gynäk.*, Bd. XXVI, Hft 3.)

Du myxome de l'ovaire (Uber Ovarialmyxom), NETZEL (Stockholm). — Netzel a observé sept cas de « *pseudo-myxome de l'ovaire* » (Werth). Il a six fois fait l'opération. Six guérisons, pas de récidive. Les carac-

tères de ces tumeurs, ayant l'ovaire pour origine, sont les suivants : elles se rencontrent le plus souvent chez les femmes âgées ; 75 p. 100 chez des personnes qui avaient dépassé la quarantaine. Au début, elles provoquent les douleurs qui accompagnent d'ordinaire les tumeurs ovariques, mais elles ont une évolution rapide et amènent très vite un affaiblissement général. Dans leur ensemble, elles rappellent beaucoup les kystes glandulaires, dont elles diffèrent par quelques particularités. La masse principale de la tumeur est gélatineuse, jaunâtre, visqueuse. Elle se rapproche bien plus de la mucine que de la substance qu'on rencontre habituellement dans les kystes à contenu colloïde. Le caractère essentiel de ces tumeurs réside dans le développement précoce, dans la cavité abdominale, d'éléments myxomateux répandus sur la surface de la tumeur, principalement à sa base, sur le pédicule, sur le grand épiploon, à la face inférieure du foie, sous le diaphragme, sur la rate... La tumeur primitive diminue plus ou moins et, peu à peu, la cavité abdominale se remplit de ces masses gélatineuses.

L'expression « *péritonite par corps étrangers* » (*Fremdkörperperitonitis*) doit être rejetée. Dans la plupart des cas, il n'y avait pas trace de rupture, et dans quelques-uns cette rupture était fort improbable. Les kystes colloïdes se rompent assez fréquemment. Or, malgré l'évacuation et le séjour prolongé de leur contenu dans la cavité abdominale, les altérations anatomiques dont il est question ne se produisent pas. Il est, en outre, bon de remarquer que ces dégénérescences myxomateuses correspondent assez exactement aux localisations métastatiques consécutives aux kystes papillomateux.

La plupart des opérateurs ont obtenu des résultats généralement déplorables. Netzel a eu *six guérisons sur six opérées.* Ces femmes sont encore vivantes ; et il attribue la différence des résultats au choix du moment de l'intervention. D'après son expérience, le pronostic est bon, à condition qu'on opère de bonne heure. Il y a un « moment » favorable pour l'intervention, mais il est très court. (*Centr. für Gyn.* und *Nord. med. Arch.*, Bd. XVII, 4, n° 28.)

D[r] R. Labusquière.

VARIÉTÉS

Une variété rare de spermatozoïde chez l'homme.

Un confrère du Midi vint me consulter pour sa femme qui, depuis plus de dix années de mariage, n'avait pu avoir d'enfant.

C'est une femme bien constituée, jamais malade, un peu maigre, mais toutes les fonctions, chez elle, se font physiologiquement.

L'examen des organes génitaux est satisfaisant.

Vagin ferme, utérus normal et normalement placé, col sain, sans trace de congestion, d'une bonne forme et d'un volume ordinaire. Pas le moindre état catarrhal. Les organes génitaux, dans leur ensemble, sont ceux d'une femme de vingt ans bien portante. *Elle en a près de quarante.*

Les règles sont régulières. Le sang est rouge presque noir.

Le rectum et la vessie fonctionnent régulièrement.

Aucune cause chez cette dame qui puisse expliquer la stérilité.

Le mari approche de la cinquantaine. C'est un homme vigoureux, actif, bien portant aussi. Il n'a jamais eu ni blennorrhagie, ni orchite. Les érections sont complètes. L'éjaculation se fait bien.

Je demande à examiner le sperme.

Le lendemain, le mari me fait remettre deux plaques et je les examine avec le grossissement qui m'est habituel (140 diamètres.)

Voici, à mon grand étonnement, ce que j'y vois :

De grosses cellules, absolument rondes, que, tout d'abord, je ne crois pas être des spermatozoïdes, n'en ayant jamais vu de cette forme et de ce volume.

Mais il faut me rendre à l'évidence. La plupart sont encore vivants et agités de mouvements particuliers qui ne ressem-

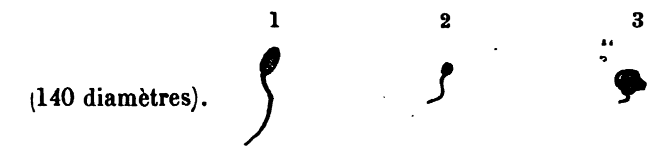
blent en rien à la progression rapide des spermatozoïdes ordinaires.

Au lieu d'avancer droit devant eux, ils tournent dans un cercle restreint, agitant leur queue, dont la longueur ne dépasse pas 1 à 2 millimètres. Le corps n'existe pas.

Un plus fort grossissement (250 diamètres) ne m'apprend rien de plus, si ce n'est que la tête est, comme je le voyais déjà, mais moins nettement, formée de deux cellules concentriques très distinctes, dont l'interne est remplie de fines granulations.

Pour bien juger la bizarrerie de ces corps, il faut les rapprocher du spermatozoïde normal chez l'adulte vigoureux, puis chez le vieillard ou l'adulte stérile, ce qui est la même chose.

La figure suivante, prise l'œil sur le microscope, fera mieux comprendre que toutes les descriptions, la différence qui existe entre cette variété rare, singulière, et les germes mâles ordinaires.



(140 diamètres).

Le nº 1 représente le spermatozoïde type, connu de tous les médecins.

Le nº 2, le spermatozoïde des vieillards et des adultes stériles.

Le nº 3, celui que je viens de décrire et de voir pour la première fois.

Est-ce la cause de la stérilité ?

PROFESSEUR PAJOT.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu. — Service de M. le Docteur Tillaux

FIBRO-MYOME
DE LA LÈVRE ANTÉRIEURE DU COL DE L'UTÉRUS
DÉVELOPPÉ CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 19 ANS

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un cas intéressant, car il est fort rare : il s'agit d'une jeune fille, âgée de 19 ans, qui, depuis l'âge de 13 ans, époque à laquelle elle a commencé à être réglée, a eu des pertes continuelles, de véritables métrorrhagies. Ces pertes ont persisté malgré le régime auquel elle est soumise depuis son entrée à l'hôpital; ni le repos le plus absolu, ni les injections d'ergotine n'ont réussi à les arrêter.

Voilà donc une situation singulière, qui dure depuis six ans, sans qu'on puisse la rattacher à une cause bien définie. Lorsqu'en effet on interroge les antécédents de la malade, on n'y trouve rien que de normal : son père est mort de variole, sa

mère est bien portante, elle a perdu une sœur à six mois; elle-même est bien, il est vrai, pâle et anémique; mais il n'existe rien de spécial du côté du cœur, pas plus que dans l'appareil pulmonaire.

Aussi avons-nous été très embarrassé et nous sommes-nous demandé à quoi on pourrait rattacher ces métrorrhagies.

Ces pertes peuvent, vous le savez, se produire consécutivement à une fausse couche. Mais ici, outre que la longue durée devait nous éloigner de cette hypothèse, nous avions un autre signe d'une valeur bien plus grande qui nous faisait de suite rejeter cette idée : c'était la virginité de notre malade; il ne pouvait être question ni de fausse couche ni de balistique; nous en avions la preuve absolue.

Pouvait-on rattacher ces pertes à de la métrite? Oui, à la rigueur; car cette affection peut se rencontrer chez des jeunes filles vierges. Mais une métrite s'accompagne de douleur, de gonflement de l'utérus. Or, chez notre malade, rien de tout cela n'existait ; il n'y avait jamais eu de douleur, et c'est là un symptôme sur lequel j'attire votre attention dès maintenant; le palper hypogastrique nous avait fait reconnaître que le volume de l'utérus était normal, que la matrice était plutôt petite que grosse.

A quoi donc pouvaient tenir ces métrorrhagies? Quelle était la lésion de l'utérus capable de déterminer ces pertes de sang continues?

Or la première idée, qui doit venir à l'esprit du médecin en pareil cas, est celle d'un cancer ou d'un fibrôme utérin, pouvant occuper le corps ou le col de l'organe.

Notre malade avait-elle donc un cancer? Ce n'était guère vraisemblable, étant donnée la longue durée de ces pertes; le cancer utérin a toujours une marche rapide ; il s'accompagne de douleurs; l'écoulement est sanieux; il n'est jamais constitué par du sang pur.

Avait-elle un fibrôme du corps de l'utérus? Cette hypothèse n'était guère plus soutenable, depuis 6 ans l'utérus aurait pris un développement anormal; ce qui n'existait pas.

Donc, par la seule voie du raisonnement, nous arrivions à conclure que les métrorrhagies devaient être attribuées à un polype ou à un fibrome siégeant du côté du col. Mais fallait-il encore que cette idée s'appuyât sur un examen approfondi de l'organe. C'est pourquoi nous procédâmes à un examen complet de l'appareil génital, après avoir préalablement endormi la malade. Voici quel fut le résultat de ce examen.

Le volume de l'utérus était normal. Mais il existait sur la lèvre antérieure du col une déformation très appréciable à la vue et au toucher. Cette lèvre présentait un volume considérable, quand on la comparait à la lèvre postérieure très amincie; elle était arrondie, légèrement bosselée, et paraissait renfermer une tumeur du volume d'une grosse noisette. Entre les deux lèvres, on trouvait facilement l'orifice du col; mais cet orifice était lui-même déformé; au lieu d'être circulaire, comme il doit être chez les vierges et les nullipares, il était élargi en forme de fente transversale et entr'ouvert. D'ailleurs aucune lésion du côté de la muqueuse, rien non plus sur le vagin et la vulve. Le sang sortait de l'orifice externe du col.

N'était-il pas rationnel de rattacher les métrorrhagies à la lésion de la lèvre antérieure? Déjà plusieurs fois dans le courant de cette année vous m'avez vu opérer des femmes, entrées dans le service pour des pertes abondantes et des douleurs utérines incessantes, pertes et douleurs qui s'expliquaient par l'existence d'un polype du col et qui cessèrent complètement, lorsque j'eus fait disparaître la lésion. Ne pouvait-on donc pas expliquer les métrorrhagies de notre malade par cette altération du col? Oui, évidemment; il manquait bien, il est vrai, les douleurs expulsives, que nous avions constatées chez nos autres malades; mais ces douleurs peuvent à la rigueur manquer dans les lésions du col et je crois que pour expliquer la présence ou l'absence de ce symptôme, il faut tenir compte du siège de la lésion. Lorsque la tumeur empiète sur le corps de l'utérus, elle sollicite les contractions des muscles et donne lieu à ces douleurs d'expulsion, qui, au

contraire, manquent quand la tumeur a pour point de départ le col de l'utérus, surtout cette partie du col qui fait saillie dans le vagin et qui permet à la tumeur de se développer librement de ce côté sans réagir sur l'utérus lui-même.

Le résultat de notre examen fut donc de nous faire rattacher les métrorrhagies à une augmentation de volume de la lèvre antérieure du col de l'utérus.

Mais en quoi consistait cette augmentation de volume? Etait-ce une hypertrophie, c'est-à-dire l'augmentation de volume de tous les éléments qui entrent dans la constitution de cette lèvre? c'était possible; mais il était beaucoup plus rationnel de rattacher cette augmentation de volume, à une hypertrophie partielle, à l'exagération de certains éléments constituants, à un fibro-myôme développé dans la lèvre antérieure du col.

Ce fut l'opinion à laquelle nous nous arrêtâmes. Cette lésion est rare, puisque M. de Sinéty, sur un ensemble de 74 cas de fibro-myômes utérins, n'en a rencontré que 4 qui aient eu leur point de départ dans le col.

De plus les fibro-myômes constituent une affection des femmes adultes; ils s'observent de 30 à 50 ans. C'est ainsi que sur un total de 953 cas, M. de Sinéty n'en a observé que 4 sur des jeunes filles de 10 à 17 ans.

Nous sommes donc en présence d'un cas exceptionnel.

Etant donné que les métrorrhagies de notre malade sont liées à un fibro-myôme de la lèvre antérieure du col, qu'allons nous faire?

Il nous faut pratiquer l'ablation de cette tumeur. Voici comment je procéderai:

La malade, ayant été endormie, j'introduirai le spéculum de Sims, puis je déprimerai l'utérus, soit en exerçant une pression avec une main appliquée sur l'hypogastre, soit, si cette pression ne suffit pas, en saisissant le col avec une pince de Museux ou un ténaculum et en l'attirant au dehors comme l'on fait pour l'opération de l'hystérecomie vaginale ou pour l'amputation conoïde du col. J'aurai cependan

soin de ne pas excercer une traction trop forte, car je m'exposerais à avoir des complications fâcheuses, telles que de la métrite ou de la périmétrite.

Alors je me comporterai comme si j'avais affaire à un fibrome développé dans l'intérieur de la lèvre antérieure du col, circonscrit de toutes parts par les fibres musculaires normales, à un fibrome enkysté. Je pratiquerai une incision au bistouri sur cette lèvre jusqu'à ce que j'arrive sur un tissu d'un blanc brillant, un peu nacré, aspect caractéristique du fibrome utérin. Si ce fibrome est parfaitement délimité de tous côtés, je l'énucléerai, sinon je pratiquerai l'excision de cette lèvre, en détachant même, s'il en est besoin, l'insertion du vagin sur le col.

L'opération finie, j'aseptiserai la plaie avec des lavages au sublimé et je tamponnerai le vagin avec des bourdonnets de gaze iodoformée.

L'opération a été pratiquée, telle qu'il vient d'être dit ; une incision faite sur la lèvre antérieure du col a conduit sur un fibrôme développé dans l'épaisseur de cette lèvre, mais ce fibrome n'était pas énucléable, et il a fallu faire la résection de la lèvre.

La jeune fille, revue plusieurs mois après, n'avait plus eu de pertes.

FAUSSES TUMEURS ABDOMINALES

FAUX KYSTES DE L'OVAIRE

Par le Dr Terrillon.

Depuis longtemps on avait signalé l'apparence que peut prendre la paroi de l'abdomen chez certaines femmes, apparence qui simule la présence d'une tumeur abdominale.

Ces faits sont assez nombreux et ont donné lieu à des erreurs de diagnostic, quelquefois préjudiciables aux malades, car ils ont pu encourager à pratiquer des interventions chirurgicales dangereuses.

Comme ces erreurs de diagnostic ne sont pas rares et qu'elles font souvent hésiter le chirurgien, sur la nature de la lésion, il m'a semblé utile de rappeler rapidement quelles sont les conditions dans lesquelles se présente cette difficulté, quelles sont les causes ordinaires de cette simulation. J'insisterai aussi sur les moyens qu'on doit employer pour arriver à éviter l'erreur.

Une observation qui m'est personnelle et qui m'a mis aussi dans un grand embarras, servira de point de départ à ces quelques développements.

La malade qui m'a ainsi embarrassé, était une jeune fille de 18 ans, grasse, bien portante, ordinairement bien réglée, qui présentait depuis quelques mois toutes les apparences d'une tumeur abdominale : — développement marqué de l'abdomen, ayant causé l'élargissement des habillements, — sensation de pesanteur et de lourdeur dans l'abdomen, — digestions difficiles, mais sans amaigrissement, constipation opiniâtre.

La menstruation restait régulière et sans aucun trouble. Plusieurs médecins et chirurgiens fort expérimentés, de province, l'avaient examinée avec soin et à plusieurs reprises. La plupart étaient persuadés qu'il s'agissait là d'une tumeur ovarique évidente, mais difficile à bien préciser, à cause de l'épaisseur et de la dureté de la paroi abdominale. Quelques-uns ne trouvant pas tous les signes très nets et très probants de l'affection, restaient dans le doute et n'osaient se prononcer.

C'est dans ces conditions que cette jeune fille me fut adressée à la Salpêtrière, où je l'examinai avec soin et à plusieurs reprises, avant d'arriver à établir exactement le diagnostic.

Vue de profil et couchée sur un lit, l'abdomen avait absolument la forme qu'il présente lorsqu'un kyste ovarique ou une grossesse de six mois occupe l'abdomen. La tumeur semblait remonter au-dessus de l'ombilic.

Lorsqu'on palpait l'abdomen, on avait nettement la sensation d'une tumeur arrondie, non bosselée, rénitente, à con-

vexité supérieure, et empêchant de déprimer la paroi abdominale. Celle-ci était tendue et chargée d'une couche épaisse de tissu adipeux résistant.

La percussion permettait d'avoir quelque hésitation sur le diagnostic précis d'une tumeur. En effet, si elle semblait donner une matité assez nette vers la partie inférieure, au-dessus du pubis, celle-ci devenait moins évidente vers la partie supérieure. Il semblait qu'elle n'atteignait pas le niveau supérieur de la tumeur telle que celle-ci était limitée par la palpation. Ce n'est cependant qu'après avoir percuté souvent et successivement plusieurs fois, qu'on avait quelques doutes, car pendant les premiers examens, la percussion semblait donner une matité évidente. Le toucher vaginal montrait un utérus petit, mobile, et sans aucune modification dans les culs-de-sac. L'utérus ne semblait pas avoir de connexions avec la tumeur simulée. Par le toucher rectal on ne percevait rien de notable.

Pour éviter les erreurs, la vessie fut vidée avec la sonde. De ce côté tout semblait normal. Enfin j'ajouterai que dans quelque situation que la malade fût examinée, les apparences étaient toujours les mêmes et ne semblaient pas varier. Quand elle était debout, la tumeur paraissait encore plus nette. En tout cas il est certain que tout ou presque tout le résultat de l'exploration méthodique conduisait à cette conclusion : kyste ovarique occupant l'abdomen et placé au-dessus du bassin, mais difficile à limiter à cause de la tension des parois abdominales et de l'épaisseur du pannicule adipeux. La matité indécise et l'absence de la sensation de flot empêchaient cependant de rien affirmer.

En présence des doutes qui semblaient très justifiés, je résolus d'endormir la malade et de l'examiner dans le sommeil anesthésique. Sous l'influence de la résolution produite par le chloroforme, le ventre s'affaissa rapidement, l'apparence d'une tumeur disparut complètement, je pus alors déprimer la paroi abdominale; toute sensation de tumeur s'était évanouie. La percussion, qui donnait une sonorité pro-

fonde mais assez nette, même vers la partie inférieure de l'abdomen, leva tous les doutes.

A peine la malade fut-elle réveillée que les mêmes phénomènes se reproduisirent presque aussitôt, et furent de nouveau retrouvés les jours suivants :

En même temps je pus constater, après un examen approfondi, que cette jeune fille présentait quelques phénomènes d'hystérie au début: plaques anesthésiques étendues sur le côté gauche; diminution de la sensibilité pharyngienne : quelques bizarreries de caractère qui indiquaient un tempérament nerveux.

Je la renvoyai donc chez elle, après avoir montré à mes élèves et aux assistants combien il était difficile d'éviter une semblable erreur, si on ne prenait des précautions spéciales pendant l'examen des malades.

Ce fait est particulièrement intéressant, car il est certain que les symptômes étaient trompeurs, et que je n'aurais pu lever avec certitude les doutes que j'avais éprouvés en l'examinant, sans avoir recours à l'anesthésie générale.

Si on se reporte à la littérature médicale, on trouve facilement la description d'un certain nombre de faits semblables ou analogues. Tous les chirurgiens ou médecins qui se sont occupés de l'histoire des tumeurs abdominales en ont décrit des exemples. Sans remonter aux auteurs anciens, Boinet (1), dans son Traité des maladies de l'ovaire, en cite des exemples. Spencer Wells consacre aux erreurs commises à la suite d'un examen incomplet de ces tumeurs simulées un chapitre intéressant. M. le professeur Potain, qui avait déjà rencontré quelques faits analogues, a consacré à ce sujet une clinique à l'hôpital Necker en 1878, clinique à laquelle j'assistais (2).

Un des cas les plus probants est celui qui est rapporté par Spencer Wells et qui est à peu près semblable au mien.

(1) Art. Ovariotomie. Dict. enc. des sc. méd., 2e série, t. IX, 115.

(2) Elle a été publiée, mais je n'ai pu retrouver l'indication. Tumeurs abdominales. Diag. trait. 1886. Trad. p. 41.

Il est accompagné de trois photographies représentant, la première, la malade avant le sommeil chloroformique; la seconde, pendant le sommeil; et la troisième, à son réveil. Ces trois phases donnent des figures de profil absolument différentes, rendant facilement compte du phénomène.

Spencer Wells ajoute que dans un cas analogue il trouva derrière une paroi abdominale contracturée de façon à produire ce phénomène trompeur, une grossesse au début. Celle-ci semblait avoir été la cause du phénomène. D'après lui ce cas serait presque unique.

L'explication de cette simulation involontaire est assez complexe. Cependant les deux causes qui la produisent sont : d'une part un tympanisme assez accentué pour donner à l'abdomen un certain volume; d'autre part une contracture localisée des muscles de l'abdomen.

Cette contracture spéciale est surtout remarquable par ce fait qu'elle n'occupe que partiellement les muscles abdominaux. Elle semble spéciale aux fibres inférieures et aux paquets les plus inférieurs des muscles droits.

Mais il faut ajouter que, dans quelques cas, au lieu d'être médiane et de limiter sur la partie inférieure du ventre une zone à convexité supérieure, elle peut occuper exclusivement d'autres points. Spencer Wells cite des cas dans lesquels cette contracture avec voussure apparente occupait la partie latérale du ventre, surtout du côté droit.

Tel est le phénomène mécanique. Mais quelle est sa cause réelle et intime, en un mot, comment cette contracture localisée est-elle mise en action? C'est là une question spéciale à laquelle il est impossible de répondre d'une façon absolue. En effet, la contracture, en général, peut être essentielle, c'est-à-dire reconnaître pour cause l'irritabilité du muscle lui-même, ou bien elle peut être réflexe ou secondaire, lorsqu'elle reconnaît pour cause une irritation à distance des nerfs.

Dans les cas que je viens de citer la contracture ne semble pas essentielle ou avoir son point de départ dans les muscles eux-mêmes.

Il ne s'agit pas là d'une de ces contractures instinctives, qui résultent par exemple de la sensibilité de la paroi abdominale, laquelle entre en contraction au moindre contact. Ce dernier phénomène est fréquent, facile à constater, il aplatit le ventre plutôt qu'il ne l'arrondit. Enfin, il est passager et disparaît aussitôt que la cause a disparu ou peu après.

Ici, au contraire, la contraction est parmanente, durable, et ne disparaît que dans l'anesthésie. Je ne sais si cette contracture disparaît pendant le sommeil ordinaire, ce fait n'ayant pas été signalé par les auteurs, et moi-même ayant négligé de la rechercher chez ma malade.

Cette contracture pourrait, au besoin, reconnaître pour cause une irritation des organes sexuels profonds, utérus ou ovaire. Le fait est possible, mais ne semble pas être certain, ou même acceptable, car dans les observations signalées, on ne pouvait constater aucune névralgie ovarienne ou autre phénomène douloureux dans la zone génitale.

Il nous reste donc, pour l'expliquer, à rechercher la cause dans le tympanisme et dans l'irritation réflexe de l'intestin se propageant du côté de la paroi abdominale de façon à produire une contracture secondaire des muscles. Ceci est probable, puisque les deux phénomènes sont collatéraux, et que le tympanisme et les troubles digestifs paraissent précéder la contracture.

L'emploi des purgatifs, indiqué par plusieurs auteurs, emploi qui a amené quelquefois une disparition du tympanisme et de la tumeur simulée, montre bien la réalité de cette explication.

Mais à côté de ce point de départ intestinal, le fait capital est la prédisposition nerveuse spéciale qui est nécessaire pour produire ce phénomène et qui a été notée par la plupart de ceux qui l'ont observé. Ce sont des femmes nerveuses qui seules paraissent capables de produire cette simulation.

Je me suis placé en écrivant ces lignes au point de vue purement chirurgical, mais nous savons que les mêmes con-

sidérations s'appliquent aux erreurs que peuvent commettre ceux qui croient dans ce cas à une grossesse.

Tous les livres d'accouchement consacrent un chapitre à ce diagnostic, si souvent nécessaire en présence de certaines femmes qui ont le désir d'avoir des enfants et chez lesquelles le gonflement abdominal donne un espoir trompeur.

Il est vrai que la persistance des règles amène assez souvent ces malades devant le chirurgien et que la grossesse se trouve souvent éliminée d'emblée. Cependant il peut y avoir des coïncidences bizarres chez des femmes irrégulièrement réglées, coïncidences qui peuvent encore augmenter l'erreur.

Pour le gynécologue l'erreur est peu grave et peu préjudiciable à la malade, aucune intervention active n'étant discutée, la marche des choses éclairant au contraire le diagnostic. Pour le chirurgien, tout autre est l'importance de ces faux diagnostics. Ne voyons-nous pas Simpson (cité par Spencer Wells) déclarer, qu'à sa connaissance, au moins six fois, l'abdomen a été ouvert pour une fausse tumeur ovarienne. Ces erreurs ont été probablement plus nombreuses qu'on ne l'a dit, car souvent elles n'ont pas été publiées.

N'ayant en vue dans cette courte note, que les cas dans lesquels la tumeur ovarienne est simulée par le tympanisme uni à la contracture des parois, je n'ai pas voulu insister sur les autres causes d'erreur, telles qu'accumulation de la graisse dans la paroi abdominale ou autres lésions qui peuvent simuler une tumeur. Celles-ci se prêtent à d'autres considérations et méritent une description à part, dont on trouvera le détail complet dans l'ouvrage de Gaillard Thomas (résumé par Boinet dans son article) ; on trouvera dans un tableau le résumé de toutes les lésions les plus variées qui en ont imposé pour la présence d'un kyste de l'ovaire.

Ces faits nombreux prouvent les difficultés très grandes qu'on éprouve quelquefois à poser un diagnostic exact. Souvent même, entre les mains des hommes les plus expérimentés, le diagnostic n'a été établi que par l'incision exploratrice. Or si cette incision exploratrice est considérée actuellement

comme une opération rationnelle et logique par un grand nombre de chirurgiens, elle n'est cependant justifiable que des cas dans lesquels existe une tumeur véritable ou une ascite qui peut la masquer. Elle sert à juger exactement la nature de celle-ci, ses connexions et surtout de la possibilité de son extraction ou de son traitement radical. Tel est le but que poursuit ordinairement l'opérateur en la pratiquant.

Mais l'opération devient une faute, quand elle fait constater l'absence d'une tumeur; l'erreur du diagnostic est alors trop grossière pour être excusée; elle prouve presque toujours un examen incomplet ou très légèrement pratiqué.

La conclusion logique de cette discussion est qu'en fait de tumeur abdominale, il est nécessaire de s'entourer de toutes les précautions pour établir un diagnostic aussi précis que possible. Deux choses surtout demandent à être examinées avec soin : les phénomènes obtenus par une percussion soignée et méthodique, qui seule permettra souvent d'affirmer la réalité d'une tumeur solide ou liquide dans l'abdomen. Le moindre doute dans cette manœuvre sera levé par l'anesthésie chloroformique poussée jusqu'à la résolution complète, celle-ci permettra de déprimer facilement la paroi abdominale et de reconnaître les organes profondément situés dans le bassin. On pourrait en dire autant du cathétérisme vésical, qui a permis souvent de reconnaître une erreur, alors que la malade avait une rétention d'urine sans cause bien connue et urinait par regorgement ; ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples.

ÉTUDE SUR LA VALEUR DE LA PALPATION DE L'ÉPAULE

COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DES POSITIONS DU SOMMET

Par le Dr Rivière,
Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Lorsque, pratiquant le palper pendant la grossesse, on explore l'excavation pelvienne, on constate que cette excavation est pleine ou vide.

Si l'excavation est pleine, seule, la tête fléchie (Pinard), exceptionnellement le siège décomplété mode des fesses (Budin, Lefour) peuvent l'occuper. Si c'est la tête, la tumeur régulièrement arrondie d'une dureté osseuse en tous ses points remplit à peu près complètement l'excavation. Si c'est le siège décomplété, la tumeur de forme irrégulière, de consistance inégale, n'occupe que partiellement l'excavation et y jouit d'une certaine mobilité.

Le diagnostic de la présentation du sommet est donc, lorsque la tête est engagée, le plus souvent facile ; la recherche du front rend aisé, dans la majorité des cas, celui de la position.

« Lorsqu'en effet, dit M. Pinard (page 118 de son Traité du « Palper), le sommet est engagé, toujours la tumeur céphalique « est plus accessible, plus saillante d'un côté que de l'autre ; « cette portion de la sphère céphalique plus saillante, plus « accessible, plus élevée, est constituée par la région frontale, « d'où, tumeur céphalique plus accessible à droite, position « gauche; tumeur céphalique plus accessible à gauche, position droite. »

La sensation fournie dans ces conditions par le front est le plus souvent très nette et le diagnostic de la position rendu ainsi facile à établir. On ne saurait l'oublier, M. Pinard, en nous donnant son Traité magistral du palper abdominal et en nous apprenant à rechercher la tumeur frontale, a doté les accoucheurs d'un moyen précieux d'exploration. Il est cependant des cas où cette sensation du front est moins précise ou même impossible à percevoir, soit parce que la paroi abdominale, au niveau du rebord du détroit supérieur, offre une résistance exagérée, soit parce que la tête, petite par rapport à l'orifice du détroit supérieur, est profondément engagée, mais sans être fléchie, soit même parce qu'elle est tellement engagée qu'elle ne se laisse plus atteindre, soit enfin parce que le ventre est en obusier et que la saillie qu'il fait en avant du pubis rend l'exploration à peu près impossible. M. le Dr Pinard reconnaît du reste que le diagnostic de la position

peut ainsi échapper à l'explorateur, puisqu'il écrit un peu plus loin (page 120) : « Ayant ainsi exploré....., on doit, pour « établir le diagnostic de la variété de la position, *ou de la « position et de sa variété*, si les caractères que j'ai donnés « du front et de l'occiput n'ont pas été assez nettement per- « çus..... »

Si l'excavation est vide, les doigts peuvent trouver au-dessus du détroit supérieur, soit la tête, soit le siège ; la tête qui ballotte et présente, en outre, ses caractères propres de sphéricité, de régularité, de dureté. Mais, dans ces conditions, la tête, ainsi maintenue mobile au-dessus du détroit supérieur, n'a que peu tendance à se fléchir ; aussi le front est-il difficile à reconnaître et si le diagnostic de la présentation est encore possible, celui de la position devient bien plus délicat. Seule alors l'exploration de la région dorsale ou abdominale du fœtus pourra fixer son orientation, mais chacun sait que ces parties fœtales ne sont pas toujours facilement accessibles et, dans ces conditions, l'explorateur le plus habile peut être mis en défaut.

Un signe qui viendrait confirmer les renseignements fournis par le front, alors que celui-ci est nettement perceptible, ou qui, en l'absence de cette saillie si caractéristique, serait, pour la détermination de la position, d'une recherche plus sûre que celle des plans abdominal ou dorsal du fœtus, nous paraît avoir quelque utilité.

Lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic, on ne saurait s'appuyer sur trop de signes. Est-il un accoucheur qui, ayant senti sous sa main les mouvements actifs du fœtus, signe de certitude de la grossesse, négligerait de rechercher les battements du cœur ? Assurément non. De même dans le diagnostic des positions du sommet, la recherche, par la palpation, de l'épaule du fœtus, venant prendre place à côté de l'exploration du front, nous semble devoir rendre de véritables services et légitimer nos efforts, pour appeler sur ce moyen de diagnostic l'attention des accoucheurs.

Ce court Mémoire ne saurait comporter ce qu'on est con-

venu d'appeler un « Historique et cependant nous croyons nécessaire de passer rapidement en revue ce qui a été écrit sur la matière, pour bien montrer qu'aucun accoucheur jusqu'ici n'a songé à rechercher l'épaule du fœtus pour en faire un signe de diagnostic des positions du sommet.

Les auteurs qui se sont tout particulièrement occupés du palper abdominal et de son importance au point de vue du diagnostic, ne semblent pas avoir pris en considération ce signe de l'épaule. Soit, en effet, qu'on lise avec soin l'Historique du Palper, si complètement étudié par M. Pinard dans son Traité, soit qu'on ouvre ces auteurs eux-mêmes, on ne voit nulle part qu'ils aient été frapppés de la *valeur de la palpation de l'épaule comme moyen de diagnostic des positions du sommet.*

Ainsi, MM. Devilliers et Chailly (1), dans leur mémoire, lu à la Société de médecine de Paris en 1842, sur la valeur des signes fournis par l'auscultation, disent à propos du palper : « Un corps rond, plus dur que les autres, indique la tête du « fœtus, un autre corps, à surface plus étendue, d'une cour- « bure plus large, d'une résistance un peu moindre, indique « le tronc. La partie la plus saillante de cette surface sera « l'épaule ou la fesse, que l'on ne distinguera l'une de l'autre « qu'à l'aide d'autres signes, par exemple, du voisinage de la « tête pour l'un et des extrémités inférieures pour l'autre. »

Mattei (2) admet que c'est sur le tronc principalement qu'on se guide pour déterminer la position de l'enfant, tandis que la tête sert seulement à déterminer la présentation ; il faut donc indiquer la position, la direction et le côté vers lequel est tourné le dos. Et plus loin..., lorsqu'on a affaire à l'un des côtés du fœtus, on trouve à une extrémité du tronc la saillie de la hanche et à l'autre celle de l'omoplate.

Dans sa thèse soutenue à Paris en 1862, M. Nivert, à propos de la version par manœuvres externes, ne compte guère

(1) Pinard, Traité du Palper, p. 65.
(2) Pinard. Loco citato, p. 72.

sur le palper que pour la recherche de la tête : la tumeur formée par la tête est toujours la mieux dessinée ; une tumeur dure, volumineuse, régulièrement arrondie, résistante, *qui n'est surmontée ni avoisinée par de petites saillies* (ce qui pour nous est une erreur complète, la tête au contraire étant surmontée d'un côté par une épaule, ainsi que nous le verrons plus loin) et que la main peut en quelque sorte saisir pour la porter de côté et d'autre par une espèce de ballottement, indique la tête.

Marchal (1) considère le diagnostic de la position du sommet comme n'étant pas d'une grande difficulté, car s'il est vrai qu'on ne sente pas distinctement la tête au détroit supérieur et, *a fortiori*, dans l'excavation, on peut du moins faire le diagnostic par la recherche du dos ; c'est lui qui, facile à trouver, nous offre le moyen de différencier les positions l'une de l'autre.

Murray (2) croit possible de compter les saillies des apophyses épineuses et de tomber dans le sillon qui divise le siège !... mais il ne parle nulle part de l'épaule.

Belin (3) recommande d'apporter la plus grande attention à la recherche de la tête ; la première tumeur qui se trouve sous les mains correspond souvent, en effet, à l'épaule et l'on est obligé de déprimer profondément la paroi abdominale pour parvenir à bien circonscrire la tumeur arrondie, dure, formée par la tête.

Dans son Traité complet d'accouchement (4), Joulin dit bien que chez certains sujets à parois abdominales minces et souples, on peut souvent, avec un peu d'habileté, reconnaître d'une manière certaine la position de l'enfant et en faire en quelque sorte la topographie, mais de l'épaule, il n'en est pas question.

---

(1) Marchal. Thèse Strasbourg, 1864, p. 26.
(2) Pinard. Loco cit., p. 77.
(3) Pinard. Loc. cit., p. 81.
(4) Joulin. Traité complet d'accouchement, 1867, p. 116.

Schrœder (1) ne paraît avoir du palper que des notions très restreintes ; c'est pour lui un moyen d'exploration peu important.

Pour Otto Spiegelberg (2), lorsque la tête est déjà enfoncée dans l'excavation, on peut encore la sentir quand les parois abdominales sont très souples. Quelquefois on peut reconnaître les épaules qui se trouvent au-dessus du bassin et faire ainsi le diagnostic de la présentation.

Guyon (3) reconnaît que les plans postérieur et antérieur du fœtus peuvent presque constamment se déterminer par le dos et les petites parties. On sent le dos comme une surface plane ou légèrement convexe, peu saillante, assez dure et résistante, continue et uniforme de la tête au siège. Ce plan n'a pour ainsi dire que des caractères négatifs; aussi le dos est-il la partie fœtale la plus difficile à reconnaître; ces parties une fois connues, nous avons sur la position des notions très probables.

Nægelé et Grænser, dans leur Traité d'accouchement (4), ne consacrent au palper que quelques lignes sans grande valeur.

Depaul (5) considère, pour la détermination des positions, le palper comme un moyen ne conduisant qu'à des probabilités; la recherche du dos permet bien quelquefois de connaître la position, mais il n'est jamais possible d'aller plus loin dans le diagnostic et de connaître la variété de position.

Cazeaux (6) dit, à propos du palper : après avoir reconnu la présentation, si l'accoucheur peut sentir de quel côté est tourné le dos de l'enfant, il arrive par le palper à la connaissance du diagnostic de la présentation et de la position.

Hubert, de Louvain, fils (7), vante fort le palper et décrit longuement les sensations que fournissent aux doigts les diffé-

---

(1) Schrœder. Manuel d'accouchement, p. 80.
(2) Pinard. Loco cit., p. 93,
(3) Guyon. Journal de Lucas Championnière, 1869, p. 20.
(4) Nægelé et Grænser. Traité d'accouchement, p. 103.
(5) Depaul. Leçons de Clinique obstétricale, 1872-1876, p. 22.
(6) Cazeaux. Traité d'accouch., 1874, revu par Tarnier.
(7) Hubert, de Louvain, fils. Traité d'accouchement, 1878. T. I. p. 95.

rentes parties du fœtus, tête, siège. Les talons, dit-il (page 98), forment de petites tumeurs anguleuses, très mobiles; les genoux sont plus gros et ont plus de fixité; les coudes se rencontrent rarement. Lorsque la tête se présente fléchie, la nuque forme une ligne droite et les doigts peuvent suivre sans interruption la longue surface qui s'étend des fesses à l'occiput. Nulle part, il n'est question de l'épaule.

M. le professeur Tarnier (1) parle de l'importance qui s'attache à la recherche du front, au point de vue du diagnostic des positions du sommet ; la main qui est la moins enfoncée est arrêtée par le front et peut remonter assez haut sur lui sans le quitter, tandis que la main qui s'enfonce le plus profondément est en rapport avec l'occiput et il est impossible de la faire remonter sans tomber promptement dans la dépression formée par la nuque.

Enfin M. Pinard (2) n'accorde à la recherche de l'épaule aucune importance diagnostique; il dit simplement : « lorsqu'on a affaire à une variété postérieure, droite ou gauche, du sommet, on ne peut guère explorer que le plan latéral du fœtus et non le dos. Généralement l'épaule se trouve à environ 7 à 8 centimètres de la ligne médiane. »

De ce court exposé historique ressort nettement ce fait que, si quelques auteurs se sont occupés de rechercher l'épaule du fœtus, aucun n'a appelé l'attention sur la valeur de ce signe au point de vue du diagnostic de la position du sommet.

Depuis plus d'une année que nous étudions ce sujet, nous avons, sur près de 400 femmes, pratiqué cette exploration au moins 2,000 fois ; nous l'avons fait répéter par de nombreux élèves; le signe de l'épaule nous a bien rarement échappé et nous pouvons dire que, dans maintes circonstances, il nous a été de la plus grande utilité; parfois même indispensable.

La recherche de l'épaule peut se faire dans deux conditions bien différentes, suivant que l'excavation est occupée par la

(1) Tarnier. Traité d'accouchement, t. I, p. 489.

(2) Pinard. Traité du palper.

tête du fœtus ou qu'au contraire l'excavation est vide et la tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dans le premier cas, le signe de l'épaule vient s'ajouter à celui que fournit le front; dans quelques circonstances cependant, bien que la tête soit fléchie et engagée, le front n'est pas perceptible et il n'y a plus que l'épaule qui puisse aider au diagnostic.

Dans le second cas, la tête étant mobile, n'est pas fléchie, le front ne forme plus la saillie indiquée par M. Pinard et, dans ces conditions, l'explorateur a dans l'épaule un signe précieux et unique qu'il ne saurait laisser passer inaperçu.

I. — *Excavation remplie par la tête.* — Pour bien apprécier la sensation fournie par l'épaule lorsque l'excavation est remplie par la tumeur céphalique, il faut, après avoir exploré celle-ci et déterminé la présentation, laisser les doigts glisser doucement sur cette tumeur céphalique sans l'abandonner. Ceux-ci, arrivés sur le cou du fœtus, ne tardent pas à être arrêtés d'un côté par une saillie légère, un ressaut plus ou moins marqué suivant les cas, qui retient les doigts à ce niveau, tandis que du côté opposé la main remonte sans trouver d'obstacle et apprécie nettement la saillie caractéristique du front. Cet obstacle qui arrête ainsi les doigts est toujours constitué par l'épaule.

Pour avoir de l'épaule une sensation bien nette, il est bon de prendre quelques précautions : les mains appliquées de chaque côté de la ligne médiane devant remonter assez haut au-dessus du pubis sans quitter la tumeur céphalique et par suite la paroi abdominale, il faut avoir soin, au moment où l'on commence à explorer l'excavation, de placer légèrement les doigts à cinq ou six centimètres au moins au-dessus du pubis, puis de pénétrer doucement dans l'excavation en amenant avec soi la peau de la paroi abdominale. Lorsqu'ensuite on remonte les doigts en glissant sur la tête, on ne court pas risque d'être gêné par la tension de la paroi abdominale dont

on a fait ample provision dès le début de l'exploration; la recherche de l'épaule est alors des plus faciles.

Or cette saillie, constituée par l'épaule, se trouve toujours du côté où est l'occiput. Et si cette proposition est vraie, il est évident que trouver l'épaule sera par cela même établir le diagnostic de position. Pour se convaincre qu'elle est exacte, il suffit de considérer le fœtus dans la cavité utérine.

Dans une O. I. G. A., la colonne vertébrale du fœtus, continuant l'occiput, part de l'éminence iléo-pectinée gauche; le plan latéral droit, si, exceptionnellement, il arrive sur la ligne médiane, le plus souvent est tout entier contenu dans la moitié gauche du bassin et va à peu près de l'épine du pubis vers l'ombilic; l'épaule qui termine en bas ce plan latéral droit occupe donc aussi la moitié gauche du bassin, le côté, par conséquent, où se trouve l'occiput, et les doigts, en remontant de ce côté sur la tête, doivent être arrêtés par la saillie que forme l'épaule à ce niveau.

Donc, *Saillie de l'épaule à gauche, position gauche.*

Ce qui est vrai pour une O. I. G. A., l'est encore davantage dans les variétés gauches transversale et postérieure; l'épaule antérieure qui termine en bas le plan latéral droit du fœtus se trouve à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane (Pinard) et présente en avant sa région acromiale.

Dans les positions droites, il en est de même : dans une O. I. D. A., le plan latéral gauche, contenu dans la moitié droite de la cavité abdominale, se dirige de l'épine du pubis vers l'ombilic et l'épaule droite se trouve dans la moitié droite du bassin.

Donc, *Saillie de l'épaule à droite, position droite.*

S'il s'agit d'une variété droite tranversale ou postérieure, c'est l'acromion de l'épaule gauche qui, placé à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane (Pinard), s'offre aux doigts explorateurs.

Ainsi, nous venons de le démontrer, l'épaule antérieure du fœtus se trouve toujours placée dans la moitié du bassin qu'occupe l'occiput; c'est pourquoi lorsque la sensation four-

nie par le front est facilement reconnaissable, et c'est là assurément le cas le plus fréquent, le signe fourni par l'épaule est un signe confirmatif du premier :

Front à gauche, épaule à droite, position droite.

Front à droite, épaule à gauche, position gauche.

Mais il est des cas dans lesquels la tête se trouvant cependant fléchie et engagée, il n'est pas possible de reconnaître le front.

1° La tête est parfois tellement engagée, qu'elle a complète-disparu dans l'excavation. Dans ce cas, l'épaule repose, ou à peu près, sur le détroit supérieur et l'on pourrait fort bien, par une exploration incomplète, la confondre avec le front. Il faut ici glisser la main entre cette épaule et le rebord du détroit supérieur et si, ce qui arrive alors, le front ne peut être atteint, l'épaule, qui est toujours dans la moitié du bassin qu'occupe l'occiput, indique la position :

Epaule à droite, position droite; épaule à gauche, position gauche.

2° Il est des fœtus très petits qui, pour s'engager pendant la grossesse, n'ont pas besoin du mouvement de flexion.Le diamètre antéro-postérieur de la tête est assez petit pour s'accommoder sans flexion à l'un des diamètres obliques du détroit supérieur; on a alors de ces variétés de présentation qu'on appelle présentations frontales. La tête n'étant pas fléchie, le front ne fait pas saillie et le signe de l'épaule permet seul, comme dans le cas précédent, de faire le diagnostic de la position.

3° La paroi abdominale, doublée ou non d'une épaisse couche adipeuse, constitue-t-elle ce qu'on est convenu d'appeler le ventre en obusier, les mains exploratrices ne peuvent pénétrer profondément au-dessus du détroit supérieur et il est souvent difficile d'établir le diagnostic de la présentation. La recherche du front devient fort malaisée, et l'épaule n'est pas alors sans rendre quelque service. Il y a en ce moment dans les salles de la Clinique deux femmes dans ces conditions. Examinées à plusieurs reprises, il n'a été possible, dans aucun

cas, de sentir la saillie frontale; l'épaule, au contraire, a toujours permis de faire le diagnostic.

4° Enfin la paroi abdominale présente une tension telle que les doigts ne peuvent, sans provoquer une vive douleur et sans exagérer cette tension, chercher à explorer l'excavation. Il faut, pour trouver le front, exercer une pression assez considérable, pression que la patiente ne peut pas toujours supporter. Les efforts nécessaires à la recherche de l'épaule seront toujours moindres, puisqu'on peut se dispenser d'aller aussi profondément. L'épaule permettra donc d'établir nettement la position du sommet à laquelle on a affaire.

En somme, ce signe de l'épaule, l'excavation étant remplie par la tête fœtale, constitue dans la majorité des cas un moyen de diagnostic confirmatif de celui que donne le front. Plus rarement, la recherche du front étant devenue des plus difficiles ou même quelquefois impossible, l'épaule fournit alors un élément précieux et unique de diagnostic des positions du sommet.

II. — *Excavation vide.* — Lorsque l'excavation est vide, on peut encore trouver la tête immédiatement au-dessus du détroit supérieur, elle y jouit souvent d'une extrême mobilité et les doigts qui l'explorent peuvent sans effort la faire osciller d'un côté à l'autre, en produisant le ballottement céphalique.

Or, les causes susceptibles, pendant la grossesse, d'empêcher la tête de s'engager sont assez nombreuses. Ce défaut d'engagement est même un phénomène normal, physiologique chez la multipare jusqu'à huit mois et demi. Mais, en dehors de cette cause physiologique, toutes celles qui peuvent gêner l'accommodation de la tête fœtale au détroit supérieur empêchent la tête de s'engager et la laissent mobile au-dessus du détroit supérieur.

De ces causes, les plus fréquentes, celles tenant à la mère, sont : le rétrécissement des diamètres ou de l'un des diamètres du bassin, l'obstruction de l'orifice du détroit supérieur

par une tumeur, l'inclinaison extrême de l'utérus à droite. L'hydrocéphalie ou simplement le volume légèrement exagéré de la tête chez un très gros fœtus, l'ossification trop rapide des os du crâne, la procidence des membres supérieurs ou inférieurs, la brièveté congénitale du cordon ou sa brièveté accidentelle par circulaires autour du cou amènent les mêmes conséquences. C'est là un fait sur lequel nous avons maintes fois entendu M. Lefour appeler l'attention. Récemment nous avons observé un fœtus dont le cordon formait deux circulaires autour du cou et un circulaire autour du tronc; cette anomalie avait empêché pendant la grossesse la tête de s'engager et nécessita au moment de l'accouchement une application de forceps. Enfin l'insertion vicieuse du placenta qui modifie si profondément la forme du segment inférieur de l'utérus, l'hydramnios qui s'oppose à toute accommodation du fœtus dans la cavité utérine, contribuent encore pour leur part à rendre assez nombreuses les causes capables d'empêcher pendant la grossesse l'engagement de la tête fœtale dans l'excavation.

Lorsque la tête est ainsi maintenue mobile au-dessus du détroit supérieur, rien ne la sollicite à se fléchir; la tête n'étant pas fléchie, le front ne forme plus cette saillie caractéristique et ne peut servir au diagnostic de la position. Seule, dit M. Pinard (page 123), « *la recherche du dos permettra alors de faire le diagnostic de la position et de la variété.*

Or, l'orientation du dos n'est pas toujours facile à établir. Cette région fœtale se perd souvent dans la cavité utérine, surtout lorsque l'exploration du front est négative et que faute de cette indication, on ne peut sûrement avoir recours à la manœuvre de Budin. Si l'utérus est très incliné à droite, le dos, quand l'occiput est à gauche, déborde plus ou moins la ligne médiane, les petites extrémités se logent sous le rebord inférieur du foie, l'orientation exacte du dos et par suite le diagnostic de la position deviennent fort incertains. Parfois, le fœtus, très souple, est replié sur lui-même en arc de cercle, ses extrémités inférieures arrivent presque en con-

tact avec la région frontale et le palper pourrait faire croire que le dos est tout autant à droite qu'à gauche, ou qu'il y a deux fœtus; j'ai vu ainsi se commettre récemment une erreur complète de diagnostic de grossesse gémellaire. Dans les cas d'hydramnios, le dos, perdu dans la masse de liquide qui distend la cavité utérine, fuit sous la moindre pression des doigts; la sensation de résistance devient des plus délicates et des plus infidèles. En un mot, même dans les cas normaux, la recherche du dos est toujours d'une grande incertitude; la preuve en est dans le fait suivant. Avant que M. Pinard ait appelé l'attention des accoucheurs sur la valeur du signe du front, le palper était considéré par la majorité des auteurs comme un moyen d'exploration des moins importants, l'auscultation tenait sans conteste le premier rang; la recherche du dos par le palper était à peine pratiquée.

Dans ces conditions, la recherche de l'épaule aura la plus grande utilité; sa situation est immuablement liée à la situation de l'occiput. Pour la trouver, il suffit de laisser glisser les doigts sur la tête fœtale. Que la tête soit ou non engagée, les doigts sont fatalement arrêtés d'un côté par la saillie de l'acromion. Que la tête soit fléchie ou non, peu importe, si l'occiput se trouve dans la moitié droite du bassin, l'épaule est à droite, dans la moitié gauche, l'épaule est à gauche. Trouver l'épaule, c'est déterminer la position.

Peut-être l'épaule sera-t-elle moins facilement accessible, la tête étant mobile au détroit supérieur, que lorsque celle-ci est engagée. En effet l'épaule se trouve alors moins immédiatement au-dessus du rebord du pubis, elle est plongée dans une partie de l'utérus plus distendue, dans une masse de liquide plus considérable; cependant, même dans les conditions les plus défavorables, on peut retrouver l'épaule et, comme le signe du front manque alors complètement, cet élément de diagnostic reste encore précieux à rechercher.

Mais il est des circonstances dans lesquelles ce signe peut rendre d'éminents services. On peut, en effet, se trouver en présence d'une femme dont les parois utérine et abdominale

sont tellement souples que le dos du fœtus n'est nullement sollicité à s'accommoder avec elles. Si alors on a une variété postérieure du sommet, le dos est tout entier logé dans la région lombaire et n'est plus accessible; d'autre part la tête n'étant pas fléchie, la recherche du front n'est pas praticable et le diagnostic de la position devient fort difficile. L'épaule joue alors un rôle important; on peut la trouver encore, quoique profondément placée et elle suffit pour établir le diagnostic de la position et de la variété de position. Une femme de la Clinique nous offre en ce moment un exemple très frappant de cette disposition. Examinée pendant plus d'un mois par différentes personnes, on n'a jamais pu chez elle déterminer la position O. I. G. P. que par le signe de l'épaule. Le ventre étalé, en batracien, très chargé de pannicules adipeux, permettait à peine d'atteindre la tête, qui non engagée, et non fléchie, ne laissait apprécier aucune différence entre le front et l'occiput, le tronc tout entier du fœtus se trouvait dans la région lombaire et ne pouvait être limité. Seule, l'épaule droite que l'on sentait à gauche et à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, permettait de porter le diagnostic d'O. I. G. P. (1).

De même, lorsqu'il y a exagération de la quantité de liquide amniotique, le fœtus jouit dans la cavité utérine d'une mobilité extrême et ne tend pas à s'accommoder. Le palper est ainsi rendu incertain; si la tête est en bas, le front ne peut être trouvé, mais l'épaule arrête les doigts et le diagnostic de position est assuré.

Une cause possible d'erreur mais qu'il est facile d'éviter est la suivante. Dans les cas où le fœtus est très replié sur lui-même, une extrémité fœtale inférieure ou les deux peuvent descendre jusqu'au rebord du détroit supérieur du côté opposé à celui qu'occupe l'occiput et former une saillie que l'on pourrait confondre avec celle de l'épaule. Mais alors que l'épaule ne se déplace pas ou ne se déplace que très peu, les

(1) Au moment de l'accouchement, le toucher permit de confirmer le diagnostic porté pendant la grossesse.

extrémités fœtales, animées de mouvements actifs ou faciles à mobiliser, remontent sans peine sous le moindre effort pour aller se perdre dans la cavité utérine. Le bras antérieur peut dans quelques cas provoquer la même erreur dont on peut se préserver de la même façon.

On peut opposer à la valeur de ce signe quelques objections que nous croyons devoir combattre tout d'abord.

On pourrait objecter la mollesse relative de l'épaule et considérer sa recherche comme bien infidèle. Mais si l'on parcourt ce que les auteurs cités par nous disent à propos du palper, on constate que plusieurs d'entre eux parlent de l'épaule ou de l'omoplate qui, disent-ils, limite d'un côté le tronc du fœtus, la hanche délimitant l'autre extrémité. D'autre part, les sensations ne s'apprécient guère que par comparaison: de même que pour le front, il suffit de faire glisser les doigts des deux mains parallèlement pour apprécier de quel côté ces doigts remontent le plus haut, de même, en comparant les signes objectifs donnés par la main droite et la main gauche, l'épaule, si molle qu'elle soit, forme néanmoins d'un côté un ressaut qui ne se retrouve pas du côté opposé.

Il arrive parfois que l'utérus est extrêmement incliné à droite. Dans ces conditions, le plan latéral droit du fœtus, si c'est une O. I. G. A., déborde plus ou moins la ligne médiane et l'épaule droite se trouve à droite de la symphyse pubienne. On pourrait diagnostiquer, trouvant l'épaule à droite, une position droite; mais on ne saurait oublier que la recherche de l'épaule se fait par comparaison : si l'épaule droite déborde à peine la ligne médiane, l'épaule gauche forme à gauche un ressaut beaucoup plus marqué et constitue dans la moitié gauche du bassin une masse plus volumineuse, qui ne laisse pas l'erreur se commettre et permet encore de porter le diagnostic de la position.

La paroi abdominale est parfois trop tendue, trop rétractée, pour qu'il soit possible aux doigts d'aller à la recherche de l'épaule, mais l'exploration du front est alors aussi infructueuse, celle du dos et des plans latéraux n'est guère plus

facile, et l'on se trouve en présence de ces cas, assez rares du reste, où le palper ne peut fournir aucun renseignement utile.

Une objection plus sérieuse est basée sur la situation qu'occupe le fœtus dans la cavité utérine. Les diamètres bipariétal et biacromial du fœtus sont parallèles entre eux et perpendiculaires au diamètre occipito-mentonnier. Or ce dernier diamètre se trouvant dans l'un des diamètres obliques du bassin, le diamètre bipariétal occupe le diamètre oblique opposé; il semble que les épaules doivent être placées au-dessus de ce diamètre oblique et par conséquent l'épaule antérieure dans la moitié de l'abdomen opposée à celle qu'occupe l'occiput. Mais le diamètre biacromial n'est pas assez long et il est trop réductible pour être contraint d'occuper ce diamètre oblique; il tend plutôt à s'accommoder avec la paroi antéro-latérale de l'utérus, d'autant mieux que le mouvement de flexion que subit la tête pour s'engager contribue encore davantage à rapprocher les épaules de la moitié du bassin occupée par l'occiput.

Pour prendre un exemple : dans une O. I. G. A., l'occiput est en rapport avec l'éminence iléo-pectinée gauche, le front avec la symphyse sacro-iliaque droite; le diamètre bipariétal est dans le diamètre oblique droit du bassin, et il semblerait que le diamètre biacromial dût se trouver dans le même diamètre oblique droit, c'est-à-dire l'épaule antérieure dans la moitié droite du bassin, au-dessus de l'éminence iléo-pectinée droite. Mais il n'en est rien et il suffit d'examiner avec soin pour se convaincre que le plan latéral le plus antérieur ne peut dépasser que rarement et de bien peu la ligne médiane.

Du reste, la tige occipito-mentonnière est partagée fort inégalement par l'articulation de la colonne vertébrale sur elle : la branche occipitale du levier est beaucoup plus courte que la branche mentonnière. Or la ligne des épaules, perpendiculaire à la tige occipito-mentonnière, coupe ou à peu près la colonne vertébrale et passe par conséquent plus près de l'occiput que du menton ; elle doit donc se trouver comprise dans la moitié du bassin qu'occupe l'occiput, ce que la clinique démontre complètement.

III. *Diagnostic des variétés de position par le signe de l'épaule.* — Sans vouloir exagérer les bénéfices que l'on retire de la recherche de l'épaule, nous croyons qu'avec une certaine habitude du palper, on peut arriver souvent, sinon toujours, à déterminer avec l'épaule la variété de position.

Etant donnée une position, si c'est une variété antérieure, l'acromion arrive ou à peu près sur la ligne médiane, l'omoplate regarde en avant et la main exploratrice embrasse l'épaule dans sa largeur, par sa face postérieure. La saillie formée par l'épaule présente donc une certaine largeur, mais peu de profondeur.

Si au contraire on a affaire à une variété postérieure, l'acromion est directement dirigé en avant, il se trouve éloigné de 7 à 8 centimètres de la ligne médiane. La saillie formée par l'épaule est étroite mais plus profonde. Donc :

Epaule affleurant la ligne médiane et formant une saillie large mais peu profonde — variété antérieure. — Epaule arrivant à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane et formant une saillie étroite, mais profonde — variété postérieure.

CONCLUSION.

1° Le diagnostic de la position et de la variété de la position dans les présentations du sommet ne saurait s'appuyer sur trop de signes.

2° Le signe du front est le plus souvent de recherche facile; dans certaines circonstances, il échappe à l'examen.

3° Dans le premier cas, la recherche de l'épaule, venant s'ajouter à la saillie frontale, facilite et confirme le diagnostic.

4° Dans le second cas, elle suffit pour déterminer la position.

5° La recherche de l'épaule peut donc rendre de réels services.

6° L'épaule occupe toujours la moitié du bassin où se trouve l'occiput, d'où :

Epaule à droite, position droite.

Epaule à gauche, position gauche.

7° Pour trouver l'épaule, il suffit de faire glisser doucement les doigts qui explorent la tête fœtale. D'un côté les doigts remontent haut sans rencontrer d'obstacle; du côté opposé, les doigts sont arrêtés par un léger ressaut constitué par l'épaule.

8° Lorsque la tête est engagée, le front est facile à déterminer; l'épaule placée presque immédiatement au-dessus du détroit supérieur se trouve sans difficulté, les deux signes s'ajoutent :

Front à droite, épaule à gauche — position gauche.

Front à gauche, épaule à droite — position droite.

9° Si l'excavation est vide et la tête mobile au détroit supérieur, la saillie caractéristique du front ne se fait plus sentir, mais on peut toujours retrouver l'épaule et alors :

Epaule à droite, — position droite.

Epaule à gauche, — position gauche.

10° On peut, dans bien des cas, arriver au diagnostic de la variété de position par le seul signe de l'épaule. Dans les variétés antérieures, l'épaule arrive sur la ligne médiane et forme une saillie large mais peu profonde. Dans les variétés postérieures, elle s'arrête à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane et offre un ressaut plus étroit et plus profond.

UN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(*Variété abdominale*)

ÉLIMINATION SPONTANÉE DU SQUELETTE FOETAL PAR LE RECTUM, APRÈS CINQ ANNÉES DE RÉTENTION (*Guérison*).

Par le Dr **Bubendorf**, de Belfort.

Mme M .., sans profession, âgée de 34 ans, bien constituée et de taille moyenne, a été réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans; elle ne perdait qu'un jour, peu abondamment, sans douleurs.

Mariée à 21 ans.

Devint enceinte peu après son mariage. Cette première grossesse fut régulière jusque vers cinq mois et demi. A cette époque elle fit une chute grave dans la rue et, sept jours après, elle avorta, après deux jours de douleurs de moyenne intensité. Pertes consécutives non importantes.

Nouvelle grossesse trois années plus tard, suivie, et sans cause appréciable, d'une nouvelle fausse couche de six semaines. Mme M... perdit de ce jour et assez abondamment pendant trois mois.

A part ces deux accidents, Mme M... n'a jamais été souffrante.

Trois années plus tard, en mai 1879, notre cliente devint enceinte pour la troisième fois et compta accoucher vers la fin du mois de février 1880.

Les deux premiers mois de cette grossesse furent très pénibles. A des vomissements incoercibles se joignirent des douleurs de ventre généralisées très aiguës avec maximum d'intensité à gauche faisant croire à de la péritonite. Elle dut garder le lit pendant ces deux premiers mois et journellement elle eut la visite de son médecin, alors le docteur X...

Après deux mois de cette grossesse à débuts si orageux, descendant un jour de son lit pour uriner, elle sentit s'échapper des parties génitales, après quelques douleurs assez vives, un corps mou, blanchâtre, allongé, gros comme un œuf de pigeon. Le médecin qui l'examina aurait déclaré que c'était un œuf de deux mois. Ce même médecin, après examen de la malade, lui aurait appris qu'elle était enceinte d'un second enfant!

Cette grossesse prit alors un cours régulier; la femme ne souffrit plus que très modérément et put se lever journellement.

A mi-terme elle sentit pendant quinze jours, mais d'une manière peu distincte, des mouvements fœtaux. Ces mouvements ne furent dès lors plus perceptibles. Le ventre n'en continua pas moins à se développer progressivement, un peu irrégulièrement d'abord, vers l'ombilic, un peu à gauche et en pain de sucre, puis le développement se fit généralement et la femme devint très grosse.

Mme M... crut sa grossesse en cours régulier et ne conçut aucune inquiétude. Sa santé d'ailleurs était fort bonne.

Le 25 février 1880, bien que ne sentant rien d'anormal, mais se sachant à terme, Mme M... fit venir la sage-femme qui l'examina et lui annonça qu'elle accoucherait probablement dans la journée (la sage-femme qui a conservé de cette grossesse un souvenir très net

nous dit en effet que son col offrait alors tous les caractères d'un col utérin au début du travail). Après quelques légères douleurs il partit ce jour même *une grande quantité d'un liquide clair et citrin.* (Les dires de Mme M... ont été sous ce rapport confirmés par le docteur X... et la sage-femme.)

On attendit vainement l'enfant. Le médecin appelé près de la parturiente déclara qu'il y avait grossesse, mais en dehors de la matrice. Il conseilla d'attendre. *Pendant quinze jours elle perdit encore une grande quantité d'eau, cet écoulement se fit d'une manière saccadée, principalement quand la femme se déplaçait dans son lit, montait ou descendait un escalier,* car après quatre ou cinq jours, la malade, fatiguée d'attendre et désappointée, se leva et reprit ses occupations habituelles. Cet écoulement était précédé et accompagné de légères douleurs utérines. Mme M... évalue à cinq ou six litres la quantité d'eau qu'elle perdit ainsi durant ces quinze jours. Un autre médecin qui la vit au même moment la trouva également enceinte, mais non à terme. Au fur et à mesure que cette eau s'écoula ainsi, le ventre s'affaissa progressivement. Cet écoulement aqueux fut suivi d'une perte de sang abondante qui dura deux jours. Puis tout rentra dans le calme. Les deux seins de Mme M... se gonflèrent et elle eut du lait en abondance. Vers la même époque se déclarèrent sous les seins et dans les creux axillaires des phénomènes inflammatoires, une sorte de dermatite suppurée se continuant plus tard par un suintement séro-purulent très abondant. Actuellement encore, c'est à-dire après cinq ans, la région sous-mammaire droite et gauche est encore le siège de rougeur avec léger suintement.

Un mois après, à compter du jour où l'accouchement aurait dû se faire, les époques revinrent et se continuèrent dès lors régulièrement. La menstruation avait donc été suspendue durant dix mois.

A partir de ce jour Mme M... n'a plus éprouvé que quelques douleurs dans le bas-ventre, une certaine gêne pour aller à la garde-robe et un peu de pesanteur du côté gauche du ventre, où elle sentait très nettement, au-dessus du pli de l'aine, une tumeur indolente, grosse comme un poing. Dans ses selles se rencontrait souvent un peu de mucus.

L'état général ne cessant d'être satisfaisant et Mme M... ayant pu, comme par le passé, reprendre ses occupations dans son ménage, elle eut peine à croire à une aussi singulière grossesse et vécut cinq ans dans une sécurité parfaite. Au mois de décembre 1884, Mme M... se

présente chez moi pour un gonflement œdémateux des deux jambes. Elle m'apprit aussi que ses époques, toujours régulières, n'avaient pas reparu depuis deux mois et me fit part d'une tumeur qu'elle portait dans le côté gauche du ventre.

La palpation du ventre à gauche nous mit sur la trace d'une grosseur du volume d'un poing, située au-dessus et vers la partie moyenne de l'arcade de Fallope qu'elle débordait légèrement; la peau à ce niveau était sans adhérences, absolument saine, sans rougeur ni œdème. Aucune douleur à la palpation ni à la pression. Le toucher vaginal nous apprit que le cul-de-sac latéral gauche était rempli par cette même tumeur, dure, légèrement mobile, non douloureuse, plongeant dans le bassin et déviant très légèrement le col à droite. Elle se prolongeait en arrière dans le cul-de-sac recto-utérin. En la poussant de bas en haut, la main gauche appliquée profondément sur le ventre éprouvait un soulèvement correspondant. Cette poche ne paraissait point renfermer de liquide et, comme le début de son évolution remontait à plusieurs années, nous en conclûmes à une tumeur fibro-plastique de la région ovarique gauche. Quant à l'œdème, il nous paraissait être consécutif et d'origine mécanique.

Mme M..., comme nous le disions plus haut, avait si bien oublié sa grossesse qu'elle ne crut même pas devoir en faire mention.

Notre nouvelle cliente devant aller passer quelque temps auprès d'une parente à Strasbourg, nous l'engageâmes à voir M. Kœberlé. En son absence, elle vit un autre médecin qui opina pour une tumeur de même nature.

En revenant de Strasbourg, le 13 janvier 1885, Mme M... vit ses époques revenir pendant son voyage. Elle perdit deux jours et un peu plus abondamment que d'habitude, sans caillots. En même temps survinrent des douleurs plus violentes dans la région hypogastrique gauche avec des envies plus fréquentes d'aller à la garde-robe. Ces douleurs devinrent rapidement lancinantes, s'accompagnèrent de frissonnements et furent bientôt suivies de selles muco-purulentes.

La douleur était profonde, lancinante, rectale et vaginale. Herpès labial. Nous prescrivons de la quinine et des lavements phéniqués et recommandons à la malade d'examiner soigneusement ses selles, en raison du pus qu'on devra y rencontrer. Ces mêmes douleurs, accompagnées de fièvre et d'envies fréquentes et très pénibles, d'aller à la garde-robe, persistèrent avec exacerbation pendant dix jours et, le

24 janvier, la malade rendit avec douleur, dans une selle, une côte d'enfant.

Nous nous trouvions donc, et à notre grande surprise, en présence d'un cas de grossesse extra-utérine. Cette tumeur observée n'était donc autre qu'un kyste fœtal dont le squelette allait être évacué par le rectum.

Le toucher rectal pratiqué le jour même de l'évacuation de cette côte nous conduisit, en avant et très haut, tout à l'extrémité de l'index, dans une cavité anfractueuse, remplie d'un corps assez dur ne donnant pas la sensation d'un squelette. Nous n'atteignîmes pas jusqu'au bord supérieur de cet orifice dont nous ne pûmes par conséquent pas apprécier les dimensions. Entre l'anus et son bord inférieur on sentait, à travers la paroi rectale, un corps dur, arrondi. Nous essayâmes sur ce bord quelques tractions prudentes, favorisées par une compression exercée sur le fond de la tumeur, mais sans succès.

Temp. 39°. Pouls 96. Très petit.

Ces dix jours de douleur et de fièvre avaient beaucoup affaibli la malade.

Traitement : Quinquina. — Quinine. — Lavements phéniqués et grands bains journaliers.

Alimentation : Lait. — Bouillon. — Vin.

Durant cinq nouveaux jours les douleurs continuèrent plus fortes et plus lancinantes, accompagnées de frissons intenses avec claquement de dents ; les envies d'aller à la garde-robe devinrent plus pressantes, s'accompagnant de ténesme et, dans la nuit du 29 au 30, la malade rend, dans une première selle, trois côtes, et dans une selle nouvelle, une côte et l'omoplate droite. Ces selles étaient mélangées de matières muqueuses et filantes, non purulentes et mêlées à très peu de matières fécales.

30 janvier. — Nouveau toucher rectal et vaginal. Rien de particulier. Une heure après, expulsion d'une côte.

Dans la nuit du 30 au 31, un grand nombre de selles dont quatre renferment des parties fœtales : une 1re, 3 côtes ; une 2e, une côte et le fémur droit ; une 3e, l'humérus gauche ; une 4e, une côte et le radius gauche. Les selles qui contiennent des osselets sont précédées de coliques plus violentes ; la malade sent glisser quelque chose vers l'anus, puis survient un besoin d'expulsion immédiat. Chacun de ces os ou osselets est enveloppé d'une gaine de matière noirâtre, comme

charbonneuse, desséchée et durcie. L'évacuation de ces os a lieu avec douleurs lancinantes, parfois très aiguës.

Le 31. M., T. 39°; P. 96. S., T. 39°2; P. 104. Nuit très tourmentée. La malade accuse un grand état de souffrance. Langue blanche. Inappétence; soif vive. Frisson intense avec claquement de dents, à dix heures du matin. Ventre sensible à la palpation, principalement à gauche. Grand nombre de selles à partir de midi. A rendu dans une première de ces selles : la moitié droite du maxillaire inférieur, un os du métatarse, une phalange et un petit os cuboïde ressemblant au calcanéum; et dans une autre : la clavicule droite, deux lamelles en forme de T, dont une branche plus courte, et représentant des arcs vertébraux non encore soudés, et l'os ilion, pièce encore distincte de l'os iliaque.

Tous ces os, débarrassés de leur gaine noirâtre, apparaissent dans un remarquable état de conservation. Ces envies d'aller à la garde-robe se poursuivent jusqu'au soir et s'accompagnent de ténesme rectal et d'un léger ténesme uréthral.

1er février. M., T. 39°; P. 90. S., T. 37°8; P. 100. A eu la nuit trois selles, mais sans parties fœtales. Insomnie. Douleurs rectales moins ives que les jours précédents.

Dans la journée nous examinons la malade dans son bain, couchée sur le dos et nous constatons au toucher : que le rectum est totalement obstrué et qu'il faut faire effort du doigt sur la tumeur pour pénétrer dans le canal. La tumeur descend et pèse sur l'anus; elle est dure, bosselée; par la pression du doigt sur ces bosselures, on détermine dans le ventre en différents points et jusqu'en des points diamétralement opposés, une douleur aiguë, lancinante. L'orifice du kyste est toujours trop élevé pour que le doigt puisse en explorer le contenu. Le toucher vaginal donne toujours la même sensation d'une tumeur latérale s'étendant en avant et en arrière; mais la tumeur est plus molle; le col de la matrice a repris sa place.

Cette journée a été meilleure; la malade a pris un peu de nourriture, sur nos conseils elle s'est levée, a marché pendant une heure. A la suite de lavements phéniqués pris dans son bain elle a eu plusieurs selles dont deux contenaient, l'une : le temporal droit, l'autre : un os du pied et une partie du sphénoïde.

Le 2. M., T. 37°5; P. 96, S., T. 37°5; P. 100. Nuit agitée. Le côté gauche a été plus douloureux. A eu dans la nuit plusieurs selles très

abondantes, telles qu'elle n'en avait plus eu depuis six ans, nous dit-elle.

Pas de frisssons depuis deux jours. Langue meilleure; appétence. Journée bonne. S'est levée plusieurs heures. A rendu dans une selle trois lamelles vertébrales.

Le 3. M., T. 37°; P. 76. S , T. 37°; P. 100. Nuit bonne. Deux selles dont l'une renferme une lamelle osseuse paraissant appartenir à l'ethmoïde. A rendu dans la journée en allant à la garde-robe un grand nombre de concrétions blanchâtres, dures, arrondies, de nature calcaire. Frissonnements répétés. Douleur localisée très vive au-dessus du pli de l'aine gauche, survenue après un mouvement de la malade.

Le 4. Nuit mauvaise. Douleur toujours très vive à gauche. Il semble à la malade que quelque chose va percer à ce niveau.

Le 5. A peu dormi. Toujours la même douleur à gauche. Frissonnements. — Sueurs abondantes.

Le 6. Journée et nuit très agitées. Même douleur à gauche avec irradiations laucinantes dans la cuisse et la jambe correspondantes, jusqu'au mollet. A eu trois selles, dont une avec une lamelle vertébrale.

Le 7. Même état. A rendu dans une selle le deuxième os ilion. Perd par le rectum un peu de sang rouge. Les selles, autrefois presque filiformes, deviennent moulées et prennent un calibre en rapport avec la dilatation progressive du reçtum.

Du 8 au 13. Rien de particulier.

Le 13. Retour des époques. Perd très peu. Pas d'exacerbation dans les douleurs.

Du 13 au 20. Un peu de tendance à la constipation. La malade prend tous les jours deux verres d'eau de Birmenstorff.

Le 20. Expulsion d'une lamelle vertébrale. Les douleurs reviennent plus fortes; la tumeur rectale est plus basse et proéminente; les selles redeviennent filiformes. Fréquentes envies d'uriner.

Du 20 au 28. Même état.

28. Douleur au niveau de la vessie, au-dessus du pubis.

Urines claires.

Du 28 au 1er mars. Même état.

1er. La malade rend en plusieurs selles quatorze os ou fragments osseux (occipital, selle turcique, radius et péroné droits, marteau lamelles vertébrales et plusieurs fragments des os de la face). Le

marteau, osselet de l'oreille moyenne, a déjà les dimensions du même osselet chez l'adulte et a ses trois apophyses intactes.

Le 2. Selles plus faciles. Une des selles renferme le fémur gauche et une côte.

Les 3 et 4. Mieux se continue. Expulsion de deux fragments de cornets et d'une lamelle vertébrale.

Le 5. Expulsion de six os (tibia gauche, deux côtes, deux os fragmentés appartenant au maxillaire supérieur, une lamelle vertébrale).

Le 6. Après un lavement phéniqué la malade a rendu le cubitus gauche et la moitié gauche du maxillaire inférieur.

Le 8. Deux côtes et trois fragments osseux.

Le 10. Péroné gauche. Humérus droit, lamelle vertébrale.

Du 11 au 12. Deux jours de menstruation. Règles peu abondantes.

Le 13. Expulsion d'une côte et de lamelles vertébrales.

Du 13 au 25. Mieux très sensible. L'appétit revient. La malade se lève et se promène chaque jour.

Du 25 au 30. Côté gauche plus sensible.

Avril 1er. Elimination du cubitus droit.

Le 5. Retour des époques. Perd plus que de coutume. Les membres et la face se couvrent de tâches bleuâtres, pétéchiales, et çà et là se rencontrent sous la peau de petites nodosités grosses comme une noisette. Douleurs rhumatoïdes avec gonflement des articulations de tout le bras gauche, du poignet et du coude droits. Ces douleurs retiennent la malade au lit et la privent de sommeil (salicylate de soude et poudre de Dower).

Le 7. La température qui variait ces deux derniers mois entre 37° et 38° redevient fébrile, 39°. Il y a des frissons, de l'inappétence; la langue est blanche. Douleurs plus violentes dans le côté ganche du ventre et le haut de la cuisse correspondante, sur le trajet de l'obturateur.

Le 8. Expulsion d'un fragment du crâne, d'un ischion, un radius gauche, d'un métarcapien et de deux lamelles osseuses appartenant aux os de la face.

Du 8 au 20 mai. Mieux sensible. Les selles ne renferment plus de parties fœtales.

Du 21 au 28. Retour de la menstruation. Peu de sang. La malade est plusieurs jours sans avoir de selles. Douleurs abdominales intenses. Est obligée de rester alitée.

Le 28. Sous l'influence de purgatifs répétés, la malade expulse, le 28 au soir, un pariétal, dont le plus petit diamètre mesure 4 cent., ainsi que deux autres fragments d'os plats. Le pariétal a du être extrait avec les doigts ; son extraction a été très douloureuse et suivie d'une hémorrhagie assez abondante.

Du 29 au 30. Malade va beaucoup mieux.

Du 30 au 11 juin. Mieux persistant.

La grossesse anormale, dont nous venons de faire l'histoire, est un cas de grossesse extra-utérine, variété abdominale, si nous l'envisageons, ainsi que l'on fait MM. Stoltz et Depaul, au point de vue purement clinique.

Nous allons brièvement la résumer et essayer de la commenter dans ses particularités les plus intéressantes. La grossesse de Mme M... a présenté les débuts orageux habituels à la grossesse extra-utérine. Nous n'avons rien découvert quant à son étiologie.

Au deuxième mois de cette grossesse elle a expulsé, avec des phénomènes qui ont fait croire à un avortement, un corps mou et allongé que l'on prit pour un œuf humain, mais qui, selon toutes probabilités, n'était que la muqueuse hypertrophiée de l'utérus, expulsée sous forme de caduque. Et la grossesse poursuivit régulièrement son cours.

Les mouvements de l'enfant furent perceptibles à 4 mois 1/2; ils cessèrent de l'être à cinq mois, bien que l'enfant fût encore en vie.

L'examen du squelette fœtal et différentes mensurations faites sur les os montrent en effet que l'enfant a dû vivre jusqu'au neuvième mois ou même arriver à terme ainsi : le fémur mesure 5 cent.; le tibia, 4 c. 5; le péroné, 4 c. 2; l'humérus, 4 c. 5; le radius, 3 c. 8; le cubitus, 4 c. 3; la clavicule, 2 c. 8; chaque moitié du maxillaire inférieur, 3 c. 5; le pariétal, 6 cent. dans son plus grand diamètre et 4 cent. dans le plus petit, toutes dimensions qui se rapportent, disent les anatomistes, aux mêmes os arrivés à la fin du huitième mois de leur développement intra-utérin. Chaque moitié du maxil-

laire inférieur présente quatre alvéoles dont trois antérieures, nettement séparées l'une de l'autre et une postérieure destinée aux deux molaires, occupant la moitié de la longueur du maxillaire, mais non encore cloisonnée, dispositions qui se rapportent également à un fœtus du même âge. Nous en concluons que l'enfant était bien près d'être à terme, peut-être même absolument; des conditions anormales de nutrition, facilement explicables, ayant pu parfaitement en ralentir le développement.

Quant à la non-perception des mouvements fœtaux pendant la plus grande partie de sa vie, elle est imputable, d'une part à l'hydropisie de l'amnios et d'autre part à un certain éloignement de la poche fœtale, non en rapport direct, comme l'utérus gravide, avec la paroi abdominale antérieure ; nous pouvons ajouter d'ailleurs que nous avions affaire à un fœtus mal nourri, petit et malingre.

A la fin du neuvième mois se déclarèrent, après examen de Mme M... par une sage femme, quelques légères douleurs suivies d'un écoulement liquide abondant.

Quelle était la nature et la provenance de ce liquide ?

La matrice ayant été vidée de son contenu à la fin du deuxième mois, soit par avortement, soit par expulsion simple de la caduque, l'origine utérine de ce liquide devient inexplicable. L'intermittence de cet écoulement, qui se prolongea, comme nous le disions plus haut, pendant quinze jours, démontra également qu'il ne devait point provenir de la cavité utérine. Ce liquide ne pouvait donc être que le liquide amniotique venu du kyste fœtal, après rupture de ce kyste, et évacué au dehors par la trompe et la matrice. C'est là certainement le point le plus intéressant de notre observation. Nous pouvons ajouter que nous n'avons trouvé cette particularité relatée dans aucune autre observation.

Quant à son interprétation, voici ce que nous proposons :

Le cas que nous avons observé et qui a présenté la marche et le dénouement de la variété dite abdominale devait appar-

tenir à la classe des grossesses tubo-abdominales de Dezeimeris. L'ovule fécondé s'est inséré sur le pavillon de la trompe et son développement s'est opéré dans les deux sens, du côté de l'abdomen par le fœtus et du côté de la matrice par un prolongement du kyste à travers la trompe, prolongement qui s'est rompu sous l'influence d'un faux travail provoqué par un examen répété de la malade et favorisé par la maturité du kyste fœtal.

Et s'il est vrai, comme l'admet Spiegelberg, que l'orifice interne de la trompe peut se développer suffisamment pour laisser passer dans l'utérus un œuf développé dans cette trompe, à plus forte raison pouvons-nous admettre le passage du liquide ammiotique dans l'utérus par simple contraction des parois du tube préalablement dilatées et hypertrophiées.

Nous avons peine, étant données les dimensions de notre kyste, à classer ce cas dans la catégorie encore hypothétique des grossesses tubaires franches évoluant jusqu'à terme sans rupture de la trompe.

Cette grossesse anormale, arrivée à terme, a abouti à un véritable accouchement, mais accouchement purement liquide, où l'eau de l'amnios communiquant avec une poche musculaire et contractile, un pseudo-utérus, peut être successivement vidée dans l'utérus vrai pour ensuite s'écouler au dehors.

Quant au fœtus qui n'a pas pu suivre la même voie, son histoire nous est connue. Il n'a jamais donné que des signes de vie très précaires et mourut sans bruit, à la fin de la grossesse ou au moment critique de l'accouchement.

Peut-être devons-nous à l'évacuation du liquide amniotique la non-putréfaction du fœtus, partant le peu de phénomènes irritatifs du côté de la poche kystique et cette tolérance spéciale de l'économie, qui a permis à Mme M... de porter en elle, pendant cinq ans, et pour ainsi dire à son insu, un cadavre d'enfant.

Après cinq ans de rétention le squelette fœtal a été éliminé par le rectum, voie la plus ordinaire de ces sortes d'élimina-

tions. Cette évacuation a été toute spontanée, favorisée par de simples moyens hygiéniques et thérapeutiques, mais sans intervention chirurgicale.

Cette élimination n'a pas été totale. Si quelques os courts ont pu échapper à nos recherches, quelque soin qu'on y apportât, il n'en est pas de même de certains os longs (tels que : sept côtes, un tibia et une clavicule) qui ont évidemment été conservés dans la poche prématurément refermée.

S'il devait être donné d'observer à l'avenir des faits identiques, il y aurait peut-être lieu d'ajouter, aux deux variétés cliniques de grossesse extra-utérine déjà connues, la variété tubo-abdominale, intermédiaire aux variétés tubaire et abdominale franches.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1886.

Présentations. M. Lefort. — 1° Un **fibrome de l'utérus**, enlevé après laparotomie. — Poids de la tumeur, 9 livres. *Guérison.* D'après M. Lefort, dans le cas de tumeurs volumineuses s'accompagnant de troubles accusés, l'extirpation est préférable à l'opération de Battey.

2° Un **utérus** qui a été enlevé par le vagin au moyen de la ligature élastique, parce qu'il était inversé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 août 1886.

J. Hue (de Rouen) fait une communication à propos de 5 nouveaux succès qu'il a obtenus par la méthode de **périnéorrhaphie** qu'il a préconisée en 1875 (1). — les conclusions qui en découlent sont les suivantes.

---

(1) Vid. in *Ann. de Gynécologie*, juillet, 1876, p. 1 et seq.

1° Si l'on est appelé à temps, faire la périnéorrhaphie immédiate. La cicatrisation s'opère très bien; on ferme de nombreuses voies qui favoriseraient singulièrement l'infection dans une région où il est difficile d'obtenir une antisepsie parfaite; l'opération, faite à ce moment, est pour la malade une intervention insignifiante.

2° La réunion immédiate secondaire des parties devenues déjà le siège d'un processus de bourgeonnement est une bonne opération. Il importe d'opérer avant que la femme se lève.

3° Pas d'intervention pendant l'allaitement.

Une guérison complète comporte : (*a*) la réunion des parties molles, (*b*) la restauration des fonctions de l'anus. Pour réaliser cette deuxième condition, il faut prolonger l'avivement jusque sur les bords de l'anus (7 cas, 7 succès). Quand la déchirure qui intéresse le septum recto-vaginal remonte assez haut, l'opération se fait en deux temps.

1° Avivement du septum.

2° Restaurer le périnée.

La suture se compose de six points, trois périnéaux postérieurs, trois périnéaux antérieurs.

Pour éviter les accidents qui pourraient résulter de la présence de gaz dans le rectum, il est bon d'introduire trois ou quatre fois par jour une grande sonde dans la partie inférieure de l'intestin. MM. Richelot et Polaillon, tout en reconnaissant les grands avantages du procédé de M. Hue, pensent néanmoins que dans quelques cas de minceur très marquée de la cloison recto-vaginale, il convient de faire le dédoublement de la cloison et la suture vaginale.

MM. Tillaux et Hue ajoutent quelques remarques.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

SESSION DE NANCY (OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE).

M. P. LANDOWSKI. — **Du traitement local de la dysménorrhée membraneuse.** Sous la dépendance, le plus souvent, d'un état diathésique spécial ou d'une débilité générale de l'organisme, la dysménorrhée membraneuse réclame un traitement général, mais il ne faut pas négliger le traitement local. L....., emploie avec succès depuis quelque temps le galvano-cautère qu'il porte, chauffé au rouge sombre et après dilatation suffisante du col, sur la muqueuse utérine. — La

cautérisation est faite cinq ou six jours après la cessation des règles. — La malade garde le lit huit jours environ après chaque intervention.

M. Apostoli. — **Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique.**

Le procédé nouveau qu'il a, depuis quatre ans, institué dans le traitement électrique du *fibrome*, il l'applique depuis la même époque, avec le même avantage et un égal succès, à la cure de la *métrite chronique*, qui en devient d'autant plus justiciable qu'elle affecte la forme désignée généralement sous le nom d'*Endométrite*. A une lésion qui, avant d'envahir le parenchyme utérin, débute par la muqueuse, s'y cantonne plus ou moins pour intéresser ensuite la périphérie, il oppose un traitement qui sera tout *intra-utérin*, qui cautérisera toute la muqueuse plus ou moins malade; aux procédés modernes de *raclage*, d'*injections liquides* ou de *cautérisations purement chimiques intra-utérines*, il substitue un traitement *galvano-chimique*, moins brutal, dosable, et localisable, que toutes les femmes supportent, qui n'est suivi d'aucune réaction inflammatoire s'il est bien appliqué. L'action chimique immédiate qui consiste dans une destruction progressive de la muqueuse, est bientôt suivie d'un processus de régression et de désintégration qui favorise la résorption des exsudats, des hyperplasies de nouvelle formation. Pour mener à bien cette opération, il faut se munir de l'outillage électrique suivant, dont on doit connaître le fonctionnement, les qualités nécessaires. — *A*. D'abord un *galvanomètre médical d'intensité* divisé en *milliampères*, que le docteur Apostoli a fait pour la première fois graduer jusqu'à deux cents; il donne la seule mesure exacte du débit électrique, laquelle n'était obtenue autrefois que d'une façon vague et empirique par la désignation du nombre des couples (un couple usé ne donnant jamais le même débit qu'un couple neuf, etc.) — *B*. Une *pile constante* et *d'un assez grand volume* pour pouvoir suffire à un long usage, pour ne s'affaiblir que modérément après plusieurs opérations successives et qui puisse fournir, avec un petit nombre de couples, 30 en moyenne, une haute intensité de 100 à 200 milliampères; la meilleure pile de cabinet est certainement la pile *Léclanché*, une bonne pile transportable et de petit volume reste encore à trouver, mais jusqu'à présent, celle au *bisulfate de mercure*, à immersion,

facultative, peut suffire aux besoins de la pratique. -- *C.* Un *excitateur intra-utérin* d'une longueur assez grande pour pouvoir intéresser toute la cavité intra-utérine d'une substance telle que le *platine*, inattaquable sous l'action des acides; il devra être muni d'un manchon isolateur pour garantir le vagin; le meilleur est un tube en *celluloïde*. — *D.* Un *électrode neutre ou indifférent*, qui, appliqué sur le ventre, permette à un courant très intense de passer sans douleur, sans chaleur et sans crainte d'eschares; le meilleur est la *terre glaise* qu'il a proposée le premier en 1882. — *E.* Des *cordons ou réophores* assez souples pour ne pas être gênants et assez résistants pour ne pas se briser facilement et donner lieu à des interruptions ressenties douloureusement par la malade.

Le médecin, en possession d'un bon outillage, doit se conformer strictement à la technique de l'opération telle qu'il la conseille, qui peut se synthétiser hiérarchiquement ainsi : 1° faire une injection vaginale tiède et antiseptique et placer la femme dans une position identique à celle de l'examen au spéculum; 2° mettre la pile en batterie, orienter le galvanomètre, juxtaposer le pôle abdominal en terre glaise, en prévenant la femme qu'il est toujours froid, et placer les réophores; 3° introduire *lentement* et progressivement, dans la cavité utérine, l'excitateur préalablement *flambé et désinfecté*, isoler tout le vagin et la vulve; 4° faire une galvano-caustique chimique intra-utérine, *positive* dans toutes les formes *hémorrhagiques* et *négative* dans les autres cas; 5° le principe qui doit dominer toute intervention est de ne jamais surprendre l'utérus et de ne jamais faire une application trop douloureuse. Or il faut savoir qu'il y a des utérus dits *irritables*, un très petit nombre il est vrai (de 3 à 5 0/0), tels que celui de certaines hystériques, qui supportent mal le courant quoique peu intense, chez lesquelles il faut savoir n'appliquer que de faibles doses; 6° il faut au début débiter le courant *lentement*, très lentement, s'arrêter devant toute sensibilité excessive pour acclimater la malade et vaincre toute résistance physique et morale; 7° progressivement, en 2 ou 3 séances, l'intensité devra s'élever et atteindre dans la plupart des cas, 100, 150 *et au besoin* 200 *milliampères*; l'intensité devra se proportionner et se régler d'abord sur la tolérance du sujet, puis d'après l'étendue, la gravité et l'ancienneté de la lésion; 8° la durée de l'application, qui oscillera entre cinq et dix minutes, devra, comme l'intensité, se mesurer d'après la réponse de la malade sur l'énergie des effets à obtenir; 9° les séances auront

lieu ou toutes les semaines ou tous les deux jours, suivant le besoin, et le médecin règlera leur nombre et leur rapprochement suivant l'urgence et la nécessité de l'intervention; 10° un repos obligatoire, *d'au moins quelques heures*, devra être exigé de la part de toutes les malades qui ont été opérées; ce repos est nécessaire à la sécurité de la méthode et à son efficacité; 11° on prescrira des injections vaginales antiseptiques au sublimé ou à l'acide phénique, que la malade prendra matin et soir.

CONCLUSION.

Ce traitement simple et inoffensif, véritable *hystérométrie thérapeutique,* n'est autre chose qu'un *raclage moléculaire galvano-chimique acide ou basique,* suivant les cas, qui provoque la formation d'une nouvelle muqueuse et constitue une sorte d'exutoire intra-utérin dont on peut à volonté prolonger et varier l'action. Son effet bienfaisant, que le docteur Apostoli a constaté chez un grand nombre de malades, ne tarde pas à se faire sentir dès les premières séances, pour s'accentuer ensuite rapidement et conduire bientôt la femme à la guérison. Il ne condamne la femme à aucun repos forcé et ne réclame aucun autre traitement additionnel; il a sur le raclage chirurgical l'avantage de pouvoir être *dosé, localisé,* de n'être *jamais instantané,* et de pouvoir être administré à *doses réfractées,* qui s'accumulent sans danger et au gré de l'opérateur.

M. Grynfellt présente **un bassin spondylolisthésique** provenant de la collection du musée de Montpellier.

M. Pamard (Avignon). — **Du traitement de l'épithélioma du col utérin.** L'auteur conseille l'ablation précoce des cancers du c. Il relate un cas dans lequel, ayant pratiqué à l'aide de l'anse galvanocaustique, l'extirpation de bonne heure, il a obtenu une guérison qui se maintient parfaite depuis deux ans et demi.

M. Gentilhomme (de Reims). — **Emploi du fer rouge dans les inflammations de l'utérus.** Trouvant une grande analogie entre les ulcérations du col utérin et les ulcères qui surviennent si facilement sur les jambes variqueuses, l'auteur attribue le rôle pathogénique essentiel à l'état congestif du tissu. Etat contre lequel le fer rouge permet d'obtenir une révulsion puissante. Le décubitus horizontal complète le traitement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BERLIN.

Séance du 12 mars 1886.

Stratz montre à ses collègues une section indiquant les rapports qu'affectaient les organes pelviens chez une femme morte à la suite d'un accouchement. Le segment inférieur, incomplètement revenu sur lui-même, se distingue parfaitement du tissu du corps et du col de la matrice. S..... montre encore deux dessins, faits d'après des préparations, sur lesquels on reconnaît aussi le segment inférieur, dans un cas au 1er, dans l'autre au 6e jour des suites de couches.

Bokelmann. — **De l'opacité de la cornée chez les nouveau-nés vivants.** On a observé chez des nouveau-nés, qui avaient succombé avant de venir au monde, des taies diffuses de la cornée. Elles sont fréquentes, surtout chez ceux qui sont restés plongés, un certain temps, dans un liquide amniotique devenu putride, et lorsqu'il s'est développé des gaz dans la matrice. Partant de cette notion, B... a recherché si la même altération se produisait chez des enfants venus au monde vivants, mais qui se trouvaient *in utero* dans des conditions analogues (putréfaction du liquide amniotique, physométrie utérine). Il en a relevé trois cas. Il voit dans ces altérations des phénomènes en rapport avec un commencement de macération. En outre, il a remarqué que les enfants qui en sont atteints sont, pendant les premières années de la vie, plus prédisposés que les autres aux affections oculaires.

Lolhein. — **De l'étiologie de la Dysménorrhée membraneuse.** Tandis que l'on connait parfaitement les caractères macroscopiques et microscopiques de la membrane expulsée à l'occasion des règles, au contraire, l'étiologie du phénomène lui-même reste entourée d'obscurité. Les observations cliniques ne sont pas assez nombreuses. On s'est contenté jusqu'ici de publier quelques faits typiques. Et cependant, il faudrait avant tout déterminer par quelles transformations successives se substitue à l'état anormal ce syndrome pathologique. Il faut rejeter cette expression « dysménorrhée membraneuse », parce que: 1° l'expulsion de la membrane ne s'accompagne en certains cas d'aucun phénomène dysménorrhéique; 2° cette expression semble indiquer une « affection primitive essentielle » tandis qu'en réalité il ne s'agit que d'un phénomène symptomatique, connexe le

plus souvent d'un processus phlegmasique intéressant la matrice ou les tissus péri-utérins (para et périmétrite, endométrite, subinvolution......). De 11 cas dont 6 observés pendant plusieurs années, L... pense qu'il faut attribuer un rôle pathogénique essentiel à l'hyperhémie active ou passive, associée à des phénomènes phlegmasiques antérieurs ou concomitants. L'évolution de l'affection, l'abondance des hémorrhagies qui accompagnent surtout l'expulsion des membranes parfaitement développées, enfin, l'influence heureuse des scarifications prémenstruelles, tout cela semble confirmer cette manière de voir.

Séance du 9 avril.

Présentations. Cohn. — Crâne de l'enfant atteint d'une **malformation crânienne, congénitale** dont il a déjà entretenu ses collègues (1). On dirait que la portion principale du front fait défaut. Il n'en reste qu'un fragment, mince et petit, au niveau de l'union des os pariétaux et zygomatiques. On constate aussi une absence de soudure au niveau de la lame criblée, qui s'étend librement entre les os frontaux. La fontanelle antérieure, très petite, est située bien en arrière. L'enfant était âgé de 4 semaines quand il a succombé.

Martin. — **Utérus enlevé par l'amputation supra-vaginale. Fibromes multiples.** X.....; un accouchement antérieur. Les règles, toujours abondantes, s'accompagnaient depuis quatre ans de pertes de sang si considérables que les forces déclinaient de jour en jour. Il y a deux ans, on essaya d'enrayer les accidents au moyen de l'amputation du col. Résultat favorable, mais passager. Les malaises réapparurent et, malgré les injections d'ergotine, les masses myômateuses prirent un développement rapide. Phénomènes de compression très pénibles; hémorrhagies considérables. Amputation supra-vaginale, guérison. La convalescence ne fut troublée que par l'apparition de quelques abcès qui se développèrent au niveau des points où l'on avait fait des injections d'ergotine.

Martin. — **Remarques à propos de quelques préparations du tissu de la trompe.** Malgré l'attention toute spéciale que, dans ces dernières années, on a accordé à l'étude des maladies des trompes, plusieurs points relatifs aux altérations de leurs tissus n'ont pas été élucidés. M... a fait un certain nombre de préparations histolo-

(1) Vid. in *Ann. de Gynécologie*, août 1886, p. 139.

logiques propres à fournir quelques données : 1° Il a été impossible de mettre en évidence les glandes décrites par Hennig à la muqueuse tubaire. 2° La question de savoir si les éléments tubaires qui, sur des coupes, offrent l'aspect des villosités sont en réalité des villosités ou de simples replis, n'a pas été résolue. En tout cas, les maladies de la muqueuse des trompes provoquent une tuméfaction considérable de ce tissu, un développement anormal et des modifications ectasiques des vaisseaux, une infiltration de petites eclules... Ce processus modificateur de la muqueuse intéresse parfois et vivement les éléments musculaires qui peuvent être envahis par l'infiltration cellulaire au point d'être absolument dissociés; il se forme des couches de tissu cellulaire, des épanchements de sang, des ramifications, vasculaires très accusées... Dans certains cas, il se produit une augmentation de volume très remarquable, d'autant plus marquée que, le plus souvent, elle coïncide avec une atrésie de l'extrémité abdominale de la trompe. Entre les parties atteintes de sténose la trompe se dilate, et présente des dépressions, des enfoncements analogues aux érosions que l'on voit siéger sur la portion vaginale du col. Sur différentes coupes, la paroi tubaire elle-même peut paraître augmentée. Néanmoins, M... n'a jamais constaté une hypertrophie de la paroi, du moins d'un degré aussi marqué, qu'elle apparaissait dans les préparations présentées par Kaltenbach au congrès de Strabourg.

Weit. — L'expression villosité ne peut être acceptée que si l'on s'en sert pour donner une idée de l'aspect qu'offre à la coupe la muqueuse tubaire. En réalité, il ne s'agit que de simples replis. Mais, comme ils sont composés d'une série de replis secondaires très fins, très délicats, leur section a en effet une apparence villeuse. Parmi les affections des trompes, on peut distinguer : *a) les inflammations interstitielles* (infiltration des replis par de petites cellules; obstruction presque complète de la lumière de la trompe par les replis augmentés de volume; au-dessus des replis, épithélium normal); *b) les inflammations catarrhales* (augmentation de volume très accusée des replis sans infiltration cellulaire considérable; à ces formes appartiennent les variétés décrites par Martin, dans lesquelles la muqueuse tubaire prend un aspect kystique.) En ce qui concerne le traitement, Veit pense, comme Martin, que les indications de l'intervention doivent se tirer non pas de la tumeur de la

trompe elle-même, mais de l'intensité des malaises et de la gravité des accidents qu'elle provoque. Meinert, Hofmeier, et Ruge font quelques remarques. (*Centr. fur Gyn.*, nᵒˢ 17 à 22, 1886.)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE DRESDE.

Séance du 4 mars 1886.

Présentations. SCHRAMM. — Un **myôme**, ayant le volume d'une tête d'adulte, qu'il a enlevé après laparotomie. Femme âgée de 69 ans. Depuis 16 ans, augmentation considérable du ventre; depuis 6, hémorrhagies profuses. Accroissement rapide de la tumeur, exacerbation très marquée des douleurs; opération le 3 mars. Ligature élastique, qui glissa en causant à gauche une hémorrhagie violente de l'artère utéro-ovarienne. Arrêt de l'hémorrhagie par compression du vaisseau. Réapplication de la ligature élastique par crainte d'hémorrhagies secondaires. *Guérison rapide.*

MARSCHNER. — **Un cas de grossesse extra-utérine.** X..., 23 ans, entre à la Clinique le 4 février 1886. Réglée à 17 ans. Dernières règles du 15 au 17 avril 1885. Derniers rapports, le 27 avril. En août, elle remarqua l'augmentation de volume du ventre. En septembre, elle perçut, très distinctement, les mouvements fœtaux. Entre le mois d'avril et le mois d'août, plusieurs évanouissements. En août, elle eut des phénomènes inflammatoires dans le bas-ventre, qui apparurent brusquement, furent intenses et durèrent 14 jours. En octobre, nouvel évanouissement. En novembre, cessation subite des mouvements fœtaux. A la suite d'un examen, on déclara à cette époque à la femme que la question de grossesse restait douteuse, parce qu'il n'existait aucun signe certain de la présence d'un fœtus, mort ou vivant.

Résultats de l'examen pratiqué le 11 février 1886 : Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic, 88 c./m. Il est fortement distendu et sensible en certains points. A droite et à gauche, sonorité à la percussion légère. Sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse, matité. A la palpation profonde, on sent entre l'épine I. S. et A. droite, jusqu'à mi-distance entre l'E. I. A. et S. gauche et la symphyse, une résistance comme s'il s'agissait d'exsudats plus ou moins organisés ou des restes d'une grossesse extra-utérine. Immédiatement

au-dessus, on trouve une tumeur très élastique ayant le volume d'une tête d'adulte, et qui donne la sensation d'une tumeur ovarique.

Examen interne. : Bassin normal. Portion vaginale, longue de 3 centimètres. Orifice externe, qui était perméable le 4 février, s'est refermé, sans doute sous l'influence du repos. Cavité utérine, 11 c. m.; elle présente quelques irrégularités. Utérus en antéflexion, fortement incliné à droite et très élevé, le fond est à trois travers de doigt au-dessus de la branche horizontale du pubis. La portion vaginale est en arrière de la symphyse. En arrière de la lèvre postérieure, une masse qui donne la sensation d'un utérus en état de rétroflexion très accusée avec quelques nodosités, quelques saillies. Le cul-de-sac de Douglas et le paramétrium paraissent remplis par des masses d'exsudats; ovaires inaccessibles. Le cathéter chemine d'abord à droite, en haut, et en avant; puis il s'enfonce brusquement, sans qu'on ait déployé la moindre force, vers la région ombilicale qu'il dépasse de quelques centimètres; on n'a pas cependant l'impression qu'il se meut librement dans la cavité abdominale. Pas d'hémorrhagie, pas d'écoulement de liquide aqueux ou de toute autre nature. Par le toucher rectal, on atteint les ligaments sacro-utérins qui donnent la sensation de deux replis fortement tendus.

Il existe encore quelques signes en faveur d'une grossesse : ligne brune, augmentation notable du volume des seins, état de plénitude des conduits galactophores, colostrum, pigmentation aréolaire très marquée, tubercules de Montgomery nombreux.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine probable, péri ou paramétrite exsudative secondaire, dans ce cas, la tumeur rénitente correspond au sac fœtal; ou, *grossesse extra-utérine compliquée de kyste de l'ovaire.*

En raison de l'intensité des douleurs éprouvées par la malade, la laparotomie fut faite le 12 février 1886. Elle fut très laborieuse, compliquée de deux hémorrhagies considérables et de l'ouverture du sac dans la cavité péritonéale, qui se produisit tandis qu'on était en train de décoller les derniers cotylédons placentaires qui adhéraient au fond du sac fixé déjà à la paroi abdominale. Il s'agissait bien d'une *grossesse extra-utérine tubo-interstitielle gauche.* La patiente mourut le deuxième jour après l'opération. A l'autopsie on constata une péritonite suppurée et une anémie générale très accusée.

LÉOPOLD. — Il a eu l'occasion, quatre fois, d'opérer pour tâcher de

parer aux dangers liés à l'existence d'une grossesse extra-utérine. Cela lui a permis de se rendre compte des difficultés immenses que présente parfois le diagnostic et aussi des surprises que ménage l'opération. Il déconseille un traitement trop conservateur, et il a encore présente à l'esprit l'observation rapportée par Olshausen, dans laquelle, à la suite d'un traitement conservateur, la femme succomba à une péritonite, provoquée par la rupture du sac. A l'avenir, pour des cas analogues, il suivrait exactement la même conduite que dans le cas dont Marschner vient de donner la relation. Mais il s'appliquerait à réduire au minimum la perte de sang et assurerait autant que possible l'intégrité du fond du sac, au cas où le kyste ne pourrait être complètement extirpé.

ROSEMBAUM. — **De la suture continue au catgut dans les cas de déchirures du périnée et du vagin.** R... fait une communication très détaillée sur la technique adoptée à la Clinique d'accouchement de Dresde, pour la *suture en surget au catgut*. Il fait connaître les résultats excellents qu'on a obtenus grâce à cette façon de traiter les déchirures vagino-périnéales et il conclut qu'ils confirment pleinement les conseils donnés par Brose et Keller. Le procédé est simple, commode, rapide, n'exige pas des assistants nombreux, et se montre très efficace. Il donne l'occasion au praticien de vérifier plus soigneusement qu'on ne le faisait autrefois l'importance réelle des lésions, de les traiter immédiatement, d'obtenir la restauration des tissus déchirés et indirectement, de donner aux suites de couches une marche plus favorable. (*Cent. fur Gynäk.*, n° 17, 1886.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'EDIMBOURG.

Séance du 21 juillet.

Au nom du Dr Morrison, M. UNDERHILL présente : *a*) **Un spécimen de grossesse extra-utérine.** X... 37 ans, a eu un enfant il y a 18 ans. Dernières règles le 14 août 1885. Le 12 octobre, tandis qu'elle vaquait à ses occupations, elle fut prise de douleurs violentes dans le ventre. Perte de connaissance. On dut la porter au lit. Diagnostic, après examen interne : *hematocèle volumineuse*. La patiente étant, auparavant, sujette à des irrégularités de la menstruation, le fait de la suppression des règles perdait ici de sa valeur diagnostique. Repos au lit. Vers la mi-décembre, le sang était résorbé, mais il restait au

niveau du détroit supérieur, du côté gauche, une tumeur ronde. L'utérus, augmenté de volume et refoulé en haut, était accessible par la paroi abdominale. Malaises le matin, seins augmentés de volume, aréole pigmentée, colostrum. Le 25 janvier, perception des bruits fœtaux. Souffle placentaire ayant son maximum un peu à droite de la ligne médiane. Le 2 février, perception pour la dernière fois des bruits fœtaux. Accidents fébriles, exacerbation des malaises, anorexie absolue; opération le 9 février. Le péritoine incisé, la tumeur apparaît. On l'entoure soigneusement d'éponges, après quoi on la ponctionne. Il ne sort que du sang. Incision du sac qui donne lieu à un flot du sang qui vient du placenta sur lequel on est tombé. Extraction du fœtus. Il s'écoule une quantité considérable de sang, avant qu'on ait tamponné le kyste fœtal au moyen d'éponges. Cela fait, les parois du kyste sont fixées au niveau de la plaie abdominale. On coupe le cordon très ras et on l'abandonne avec le placenta dans le sac. — Les éponges sont retirées quatre heures après. Pas de nouvelle hémorrhagie. Mort, neuf heures après, imputable sans doute à la perte de sang.

b) **Un utérus présentant une déchirure qui s'était produite pendant le travail de l'accouchement**, chez une femme primipare. Extraction du fœtus par les voies naturelles, mais passage du placenta dans la cavité abdominale. Laparotomie, extraction du délivre. Toilette du péritoine, lotions avec une solution boriquée. A l'aide d'une pince, on porta dans l'utérus une éponge dans l'intention de combattre un écoulement sanguin qui se faisait d'une manière continue. Un tube à drainage passant par la plaie abdominale, l'utérus et le vagin, fut laissé à demeure. La plaie abdominale fut fermée autour du drain. Mort peu de temps après.

Dr Brewis. — **Ovaires et trompes** enlevés chez une femme qui depuis neuf années était tourmentée par des douleurs abdominales. Les deux ovaires étaient atteints d'une dégénérescence kystique avancée. Depuis un mois que l'opération est faite, les douleurs n'ont pas reparu et la femme déclare se trouver tout à fait bien.

Dr J. Ritshic. — **Un placenta** présentant une anomalie au point de vue du point où se fait la réflexion des membranes. Sur un tiers de la circonférence du délivre, les membranes, au lieu d'être en continuité parfaite avec la partie marginale, se réfléchissent à 2 cent. 1/2 environ du bord placentaire. Le fait, qu'il ne s'agit pas seulement d'une condition de date récente, est démontré par l'existence d'une dégé-

nérescence graisseuse avancée de la portion correspondante du placenta. A ce niveau existent des caillots anciens, adhérents. La pièce provient d'une primipare. Le travail, qui a duré dix-sept heures, a été terminé à l'aide du forceps. Injection hypodermique de 25 centigr. d'ergotine, immédiatement après la sortie de la tête. Peu après la naissance de l'enfant et, malgré une contraction régulière de la matrice, un écoulement de sang commença. Des injections d'eau chaude favorisèrent l'expulsion du placenta, puis des membranes. L'hémorrhagie cessa. R... déclara n'avoir jamais auparavant observé cette anomalie, à laquelle il faut sans doute rapporter l'hémorragie.

S. Keith. — **Un kyste du ligament large et un ovaire kystique**, enlevé chez une jeune fille de 20 ans ; des **ovaires et des trompes** enlevés chez une femme de 34 ans pour parer à des hémorrhagies, contre lesquelles le traitement général et le curettage de la matrice avaient échoué ; une **tumeur ovarique de petit volume.**

Dr Felkin lit un travail intitulé : **contribution à l'étude de la détermination du sexe d'après des observations faites au sein d'une tribu de l'Afrique.** D'après les observations du Dr F... le sexe dépendrait de l'état d'infériorité ou de supériorité de l'homme vis-à-vis de la femme, au moment des rapprochements sexuels. Le « *plus fort* » donnerait naissance à un enfant du sexe opposé au sien. Les guerriers de la tribu d'Uganda sont extrêmement batailleurs. Ils sont continuellement en guerre avec leurs voisins. Quand ils se sont emparés d'un village, ils massacrent tous les individus du sexe masculin qui ont atteint l'âge adulte. Jeunes filles et femmes sont emmenées en captivité. Epuisées par la marche et dans un état de dépression psychique causée par la perte de leurs biens, de leurs parents et de leurs amis, celles-ci sont obligées de satisfaire aux passions des vainqueurs entre lesquels elles sont partagées suivant l'importance de chacun. Ces rapprochements sexuels aboutissent à la naissance d'enfants où le sexe féminin prédomine extrêmement, 510 filles pour 100 mâles. Au contraire, les enfants des femmes de la tribu « pure Waganda », sont, au point de vue du sexe, dans un rapport très analogue à celui que l'on trouve en Europe, 100 mâles pour 102 femelles.

S. Keith lit un nouveau **cas de suppuration de la parotide après l'ovariotomie** (1). *(Edinb. med. Journ.*, septembre 1886.)

Dr R. Labusquière.

---

(1) V. *Ann. de Gynécologie*, août 1885, p. 105 à 109, et seq.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE DE BALTIMORE.

Séance du 11 mai 1886.

Le Dr R. P. Wilson présente les pièces de la *tumeur* fibro-cystique qu'il a enlevée le 11 janvier et qui à fait le sujet de sa communication du 12 à cette Société.

Le Dr T. A. Ashley lit un mémoire sur l'**influence de la grossesse et de l'accouchement sur les maladies organiques du cœur.** Le cœur ayant pendant la grossesse à chasser dans les vaisseaux un grand volume de sang, on trouve toujours le ventricule gauche hypertrophié. Pendant la contraction utérine, le sang contenu dans l'utérus est subitement chassé dans la circulation générale qui en est troublée; il doit exister des forces compensatrices pour parer aux alternatives de tension subite et de relâchement que font subir aux organes circulatoires les changements brusques de l'utérus, tour à tour contracté et relâché. Si le cœur n'est pas préparé à cette épreuve, il succombe à la tâche. L'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les maladies organiques du cœur peut être considérée comme fâcheuse. Les valvules supportent bien, en général, les chocs qui leur sont imposés par la contraction utérine ; le cœur droit, néanmoins, peut être surdistendu, ce qui cause une maladie mitrale. Le cœur peut conserver, à la suite et sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement, quelque maladie persistante comme l'hypertrophie excentrique du ventricule gauche qui pendant la grossesse a son rôle utile à remplir; les valvules peuvent s'enflammer et devenir insuffisantes. L'auteur rapporte un cas de mort par maladie cardiaque, peu après la délivrance et une hémorrhagie *post pdrtum.*

Le Dr Erich attribue la mort, dans ce cas, à un état nerveux, et raconte un cas où il a réussi, grâce à la morphine.

Le docteur Howard n'est pas disposé à attribuer aux maladies cardiaques les effets funestes dont on les accuse.

C'est aussi l'opinion du Dr Miltemberger.

Le Dr Th. Opie attribue une certaine influence à la pression exercée par l'utérus sur l'aorte, dans la production du bruit de souffle attribué à l'hydrémie.

Le Dr W. E. Moseley rapporte un cas d'**abcès intra-péritonéal.** Large ouverture, évacuation de 5 onces de pus, lavages fréquents. Guérison.

Les Drs HOWARD, ERICH, MILTENBERGER, H. P. C. WILSON prennent part à la discussion, qui est assez longue sur cette question, fort brûlante en ce moment, en Amérique et en Angleterre.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO.

Le Dr E. WARREN SAWYER lit une lettre de Lawson Tait sur les **abcès pelviens et la gastrotomie.** Tait commence par protester contre es mots grecs en *tomie*, en particulier contre le mot *encotomie*, fabriqué par Fenger, puis contre la classification dudit : Six espèces de salpingite : 1° septique ; 2° tuberculeuse ; 3° syphilitique ; 4° actinomycotique ; 5° gonorrhéique ; 6° mixte.

Le président, Dr WILSON, présente deux doigts surnuméraires enlevés à un entant.

Le Dr Ch. T. B. PARKES lit un mémoire sur le **traitement des fibromes utérins par l'extrait fluide d'ergot.**

Malgré les vomissements qu'il produit, Parkes a réussi à le donner assez longtemps de suite et avec succès (1). Il rapporte quatre cas. L'une des malades eut une septicémie et se rétablit.

Le Dr F. E. WAXHAM raconte 2 cas d'**occlusion du col gênant l'accouchement.** Ce ne sont pas des cas de vraie occlusion, puisque la dilatation se fit spontanément quoique lentement dans un cas, et que dans le second, l'orifice, difficile à voir, existait pourtant et fut dilaté avec des sondes. L'auteur cite un passage de Schröder et un de Playfair, sur ce sujet.

Résumé d'après l'*Amer. Journ. of obst.*, 1886. p. 952, par A. CORDES.

---

(1) J'expérimente en ce moment dans mes salles, à la Maternité de Genève *l'ustilago Maïdes* comme utéro-moteur. Mes premiers essais sont *fort* encourageants. (A. Cordes.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La grossesse compliquée de kyste ovarique (thèse d'agrégation), S. Remy. — La grossesse est l'état d'une femme qui a conçu. Elle correspond à l'intervalle de temps qui s'écoule entre le moment de la conception et le fait *accompli* de l'expulsion du produit de la conception. — Elle comprend deux périodes : (a) *de conservation*; (b) d'*expulsion du fœtus*. Définition qui importe, surtout dans la question actuelle. Celle en effet adoptée par un certain nombre d'auteurs ne conduirait à rien moins qu'à éliminer complètement l'étude des complications que les kystes ovariques peuvent amener dans l'accomplissement du travail. *Considérations sur les kystes de l'ovaire.* L'importance des difficultés créées par les tumeurs ovariques sont surtout en rapport avec le volume de ces tumeurs. Aussi, pourrait-on, à la rigueur, les classer en deux groupes, kystes *uniloculaires*, kystes *multiloculaires*, parce que suivant que l'on a affaire à l'une ou l'autre de ces variétés, la diminution du volume par la ponction est aisée ou difficile à obtenir. Cependant il est bon de tenir compte d'autres particularités qui, bien qu'étant d'ordre secondaire, ont aussi leur importance (structure de la paroi, nature du contenu...). La classification suivante répond mieux aux exigences de la Clinique.

Kystes uniloculaires.
Kystes multiloculaires.
Tumeurs kystiques.
Kystes dermoïdes.
Kystes hydatiques.

Un paragraphe spécial est consacré à chacune de ces variétés. Suivent quelques considérations sur les kystes envisagés à un point de vue général.

Chapitre premier. — *Historique.* — Très complet, il montre comment les accoucheurs furent tout d'abord conduits à étudier les obstacles apportés au travail par la présence de tumeurs ovariques. Ce n'est, pour ainsi dire, que d'une manière secondaire, et à mesure que les connaissances devinrent plus précises, que l'on fut amené à faire la part

de l'influence qu'elles peuvent avoir sur la marche de la grossesse elle-même. Enfin les résultats presque inattendus obtenus dans la chirurgie abdominale, en particulier dans l'ovariotomie, dirigèrent vivement l'attention sur la question de la conduite à tenir dans la grossesse compliquée de kyste ovarique.

Chapitre II. — *Préliminaires.* — Examen des conditions indispensables chez la femme pour que la conception soit possible. Difficultés apportées à la fécondation par l'existence de tumeurs ovariques. Parallèle des chiffres moyens de stérilité chez les femmes atteintes ou non atteintes de cette espèce de tumeurs. — Chez celles-ci la moyenne de la stérilité serait 10 0/0 (Simpson). Chez les autres 33 0/0 à 25 0/0 (Simpson), 34 0/0 (Veit), 34 0/0 (Martin), 16,8 0/0 (Olshausen).

En résumé, « *les femmes atteintes du kyste de l'ovaire procréent moins que les autres.* » Mais, comme on le voit, la possibilité de la grossesse est hors de doute. De là, les questions suivantes : *Influence du kyste sur la grossesse*; *Influence de la grossesse sur le kyste*; enfin, *effets en retour des accidents provoqués au niveau du kyste sur la gravidité.* En raison des différences considérables qui distinguent la grossesse proprement dite de son acte terminal, il convient de scinder l'étude actuelle en deux parties : la première consacrée à la grossesse (jusqu'au travail) compliquée de kyste ovarique; la seconde, au travail compliqué de tumeur de l'ovaire.

Chapitre III. — *Kystes de l'ovaire pendant la grossesse.* — Les tumeurs ovariques ont-elles, sous l'influence immédiate de la grossesse, une tendance à s'accroître plus rapidement ? Question importante, puisque la cause essentielle des accidents réside souvent dans le volume du kyste, mais diversement résolue. Négativement avec Heiberg, Péan,..... affirmativement avec Schröder, Lomer, Olshausen, Spiegelberg... ; « *Cependant on peut conclure,* d'après l'examen des observations, *que la grossesse est souvent la cause d'une augmentation de volume du côté d'un kyste de l'ovaire* ». La situation de la tumeur par rapport à l'utérus gravide importe aussi. Elle est subordonnée surtout à la longueur de son pédicule, à son volume, à l'existence ou à l'absence d'adhérences.... En général, en raison de certaines dispositions anatomiques, les tumeurs de petit volume tombent dans le cul-de-sac de Douglas, quelquefois dans la *bursa ovarica*, qui est limitée par les ailerons postérieurs et moyens du ligament large

(Olshausen). Quant aux kystes de gros volume, ils restent dans la cavité abdominale, envoient parfois un prolongemeut intra-pelvien et peuvent, à l'occásion, masquer l'état de grossesse. Quant aux conséquences qu'ils peuvent entraîner, M. Remy les résume de la façon suivante : « *kystes intra-pelviens :* troubles, accidents pendant l'accouchement; kystes *abdominaux :* malaises, accidents pendant la grossesse. »

Accidents du kyste pendant la grossesse. — *Péritonite* provoquée tantôt par le frottement prolongé du péritoine contre la paroi kystique, tantôt par la rupture, la suppuration du kyste...; *hémorrhagies dans le kyste; suppuration, rupture du kyste.* La diversité des conditions qui la peuvent produire, son mécanisme, ses terminaisons, sont bien mises en relief par de nombreuses observations. De l'appréciation des faits cliniques, de l'examen des statistiques, M. Remy tire la conclusion « *que la rupture du kyste est toujours une complication grave pour la grossesse et que son pronostic est beaucoup plus grave quand l'accident est le résultat des lésions subies par le kyste sous l'influence du travail.* » D'autres accidents peuvent encore se produire au niveau de la tumeur : *torsion du pédicule, transformation sarcomateuse, myxomateuse...*; *adhérences...*

CHAPITRE IV. — *Kystes ovariques compliquant la grossesse : a)* pendant la grossesse; *b)* pendant le travail.

a) Pendant la grossesse. — La grossesse peut aller à terme, sans qu'elle soit troublée par aucun accident. On a rapporté des observations authentiques de femmes qui avaient eu plusieurs grossesses et plusieurs accouchements naturels, bien qu'elles fussent atteintes de tumeurs ovariques. Mais il ne faut pas trop compter sur une évolution aussi heureuse. Souvent en effet, surtout quand il s'agit de kyste volumineux à développement brusque, les femmes sont sujettes à des malaises et à des accidents multiples, presque toujours sous la dépendance d'une distension excessive de l'abdomen (troubles digestifs, circulatoires, de la respiration...). De plus, le kyste exerce une action directe sur la matrice, médiatement sur le produit de conception (déplacements de l'utérus; déviations parfois irréductibles; troubles consécutifs du côté des organes voisins (gêne de la miction, de la défécation)...; début prématuré des contractions utérines (avortement, accouchement avant terme).

b) Pendant le travail. — Comment sont modifiés les trois principaux facteurs de l'accouchement : contraction utérine, filière pelvienne (bassin osseux et parties molles), fœtus ? Par la tumeur ovarique.

Contraction utérine. Le plus souvent, la contraction utérine ne paraît pas modifiée. Dans quelques cas, cependant, elle s'est montrée affaiblie (Olshausen, Martin, Gibbes, Gooduig) ; dans d'autres elle s'est exagérée jusqu'à produire la rupture de la matrice (Lee, Goldson).

Filière pelvienne. Les difficultés qui naissent des conditions nouvelles créées sur le trajet de la filière pelvienne apparaissent, évidemment, quand la partie qui se présente commence à s'engager dans l'excavation. Elles dépendent surtout du siège et du volume de la tumeur. Sa consistance, sa malléabilité, sa nature, ont aussi leur importance. « Cependant l'accouchement peut se terminer spontanément dans les cas de :

Réduction spontanée de la tumeur pendant la grossesse.

Réduction spontanée de la tumeur pendant le travail.

D'aplatissement.

De rupture du kyste.

De descente du kyste devant la partie fœtale. »

Éventualités que M. Rémy étudie successivement. Dans un court paragraphe, il signale les complications, très rares, auxquelles les tumeurs ovariques peuvent donner lieu pendant le temps de la délivrance. Ainsi la tumeur repoussée de l'aine pelvienne peut, une fois le fœtus expulsé, reprendre sa place primitive et, consécutivement, gêner l'expulsion du délivre (Obs. de Breit).

CHAPITRE V. — *Diagnostic.* — Le point capital consiste à reconnaître ***qu'il y a simultanément un utérus gravide et une tumeur.*** Il faut ensuite s'efforcer en utilisant tous les moyens indiqués, de préciser le diagnostic. S'agit-il d'une tumeur exclusivement abdominale ou à prolongement pelvien, ou d'une tumeur pelvienne? Faire le diagnostic différentiel avec les fibro-cystes de l'utérus, une grossesse extra-utérine qui peut, en effet, coïncider avec une grossesse normale, avec une hydramnios, une grossesse gémellaire, une ascite compliquant la grossesse..., autant d'éventualités qu'il faut avoir bien présentes à l'esprit, et que M. Remy étudie avec beaucoup de soin.

CHAPITRE VI. — *Pronostic.* — Il n'existe pas de statistiques assez complètes pour pouvoir porter un pronostic absolu. On a surtout

publié les cas qui se sont accompagnés de phénomènes anormaux ou qui ont donné lieu à des interventions spéciales. Quoi qu'il en soit, il ressort de la seule énumération des accidents possibles, que ce pronostic doit être fort réservé.

CHAPITRE VII. — *Traitement.* — Considérations préliminaires. Le principe de l'intervention varie presque du tout au tout, suivant les opérateurs. Les uns s'attaquent à la grossesse elle-même (Barnes), les autres à la tumeur (Schröder, S. Wells..). Cependant il ne faut pas oublier que l'intervention ne saurait être invariablement la même, étant donnée la multiplicité, le protéisme pour ainsi dire des cas. Il faut savoir s'inspirer des indications particulières de chacun d'eux. Ces indications sont fournies, soit :

« 1° Par une tumeur kystique qui occupe la cavité abdominale sans intéresser la filière pelvienne.

2° Par une tumeur kystique qui occupe ou rétrécit l'aire pelvienne. »

Kystes ovariques situés dans la cavité abdominale. — *Traitement : a)* pendant la grossesse ; *b)* pendant le travail.

a) Tumeur pendant la grossesse. — Trois méthodes sont en présence : *interruption de la grossesse* (avortement, accouchement prématuré artificiels), *ponction du kyste, ovariotomie.* M. Remy étudie très soigneusement chacune de ces interventions. Il note les opinions exprimées à ce sujet par les différents opérateurs et relate une foule d'observations bien faites pour montrer la variabilité extrême des conditions qui peuvent se présenter. C'est là une exposition fort instructive, mais qu'il ne nous est pas possible de présenter par le détail. Elle est suivie d'un parallèle analytique des trois méthodes en discussion, qui mène aux conclusions suivantes formulées par l'auteur.

« Dans les cas de kyste uniloculaire ou pauciloculaire, quand la tumeur ne s'accroît pas ou très peu, qu'elle ne détermine que des malaises insignifiants, il faut attendre et surveiller.

Quand la tumeur, en augmentant de volume, déterminera des malaises plus sérieux, tels que gêne de la respiration, dyspepsie, gêne des fonctions urinaire et intestinale, douleurs abdominales, des menaces d'avortement, on fera la ponction avec toutes les précautions nécessaires. Elle pourra être répétée, mais elle est plus dangereuse dans ces cas.

Si la ponction ne réussit pas ou si le liquide se reproduit très rapi-

dement dans les cinq premiers mois, on fera l'ovariotomie. On pratiquera aussi cette opération dans la seconde moitié de la gestation, si l'on peut espérer pouvoir atteindre sans danger sérieux la fin de la puerpéralité.

Si les malaises importants ne surviennent qu'à la fin de la grossesse, et que la ponction ne produise pas le soulagement désirable, on pratiquera l'accouchement prématuré artificiel, dans les dernières semaines, à moins d'indication urgente d'ovariotomie.

Un accident, comme une péritonite, une suppuration du kyste survenant après la ponction, une hémorrhagie du kyste, une torsion du pédicule, un iléus ; nécessitera d'urgence l'ovariotomie. »

b) Pendant le travail. La plupart du temps le rôle du médecin doit se borner à surveiller l'accouchement, qui est, d'ordinaire, naturel. Quelques circonstances peuvent néanmoins le faire départir de son expectation. Ainsi la faiblesse des contractions, le degré plus ou moins marqué d'inertie utérine sont ici, encore plus que dans les conditions normales, des indications plus impérieuses de hâter la terminaison de l'accouchement pour une application de forceps.

Kystes de l'ovaire obstruant le petit bassin. — *T. pendant la gestation.* — Ne rien faire, sauf indications spéciales, puisque dans la très grande majorité des cas, la nature triomphe, durant cet intervalle, de l'obstacle. Passé ce délai, l'intervention est justifiée. Recourir d'abord aux tentatives prudentes de refoulement qui ont pu être couronnées de succès (Obs. de Granville, Chadwick..). Si elles échouent, pratiquer la ponction qui s'est montrée efficace (Obs. de Neumann, Habit...). « *Pour nous*, dit M. Remy, *des manœuvres prudentes de refoulement, une ponction exploratrice doivent être tentées avant de faire quoi que ce soit.* » En cas d'insuccès doit-on provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré ? Le but de l'accoucheur étant de sauver les deux existences, on ne peut, en principe, adopter l'interruption de la grossesse. Si cependant les conditions étaient telles qu'elles créassent un rétrécissement *immuable*, dans ce cas spécial on serait autorisé à instituer le traitement des rétrécissements extrêmes du bassin. — En ce qui concerne l'*incision* et l'*ovariotomie*, les faits sont trop peu nombreux pour que l'on puisse se prononcer sur les deux modes d'intervention.

b) Pendant le travail. « Observer l'effet des contractions utérines,

dégager les voies de l'accouchement et, si l'on n'y arrive, agir comme en présence d'un rétrécissement du bassin.» Mais s'il faut savoir garder l'expectation, il faut savoir intervenir à temps et éviter les accidents graves qu'un traumatisme prolongé peut développer au niveau du kyste. Les modes d'intervention connus précédemment sont les *tentatives prudentes de refoulement*, puis la *ponction* qui ne doit pas être trop longtemps différée. Les tentatives de refoulement, la ponction n'ayant pas levé les obstacles, reste l'incision. Elle a donné des succès (Martin, Toposki, Jacquemier...), mais elle a été parfois suivie de mort. Son principal inconvénient, c'est qu'elle nécessite l'ouverture des culs-de-sac péritoneaux, d'où l'évacuation possible dans le péritoine d'une partie du contenu du kyste, l'introduction de l'air,... Ces différents procédés ayant en partie ou complètement échoué, le problème est le suivant : *Accouchement dans un bassin rétréci*. Si le rétrécissement est modéré, essayer du forceps ou de la version, du forceps de préférence, car les statistiques montrent « qu'il doit conserver plus d'enfants à la vie, qu'il permet de maintenir la tête engagée aussitôt que le refoulement a réussi. » Enfin si le rétrécissement est considérable, il faut choisir entre la craniotomie et l'opération césarienne.

Il ressort de la lecture attentive du travail de M. Rémy dans lequel sont soigneusement enregistrées les *préférences* et les opinions d'un grand nombre de chirurgiens et d'opérateurs éminents, qu'en dépit de la richesse des statistiques, il est absolument impossible de formuler une règle de conduite invariable. Cela tient surtout à la diversité extrême des conditions, lorsqu'il faudrait pouvoir soumettre à l'examen critique, des faits « équivalents », absolument comparables. Parmi les observations et les opinions rapportées, il en est un certain nombre qui, suivant la remarque de l'auteur, remontent à une époque antérieure à l'antisepsie et à l'ensemble des précautions qu'elle a suggérées. En outre, on était loin de posséder « l'audace chirurgicale » qui, malgré les résultats merveilleux déjà obtenus par quelques opérateurs, cause encore à beaucoup un certain étonnement. Certes, avec les progrès réalisés incontestablement dans la chirurgie abdominale, l'expérience s'est accrue. Les méthodes d'intervention continueront sans doute à aller en se perfectionnant. Mais, nous estimons que M. Rémy a eu parfaitement raison de faire remarquer qu'il ne fallait pas seulement constater les préférences de tels ou tels chirurgiens qui, en raison d'une habileté

et d'un champ opératoire exceptionnels, peuvent adopter une méthode systématique. Il s'agit ici de complications qui surgissent dans la pratique courante des plus modestes praticiens. Il y a par suite utilité à rechercher une méthode d'intervention, ayant évidemment pour but de sauvegarder le plus possible les intérêts de la mère et de l'enfant, mais étant aussi accessible à la plupart.

La thèse de M. Rémy, par les nombreuses observations qu'elle renferme, est bien de nature à faire entrevoir le nombre et la variété des difficultés dont peut s'accompagner la grossesse compliquée de kyste ovarique. C'est une étude clinique, très complète, dans laquelle le praticien trouvera, pensons nous, les règles de conduite les plus sages pour lutter, aussi avantageusement que possible, contre les complications qui y sont très soigneusement examinées.

De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement (thèse d'Agrégation), C.-A. Gerbaud. — *Introduction.* — Il s'agit de « *la rétention qui suit l'expulsion prématurée du produit de la conception avant que celui-ci soit viable* ». Il y a rétention chaque fois que le placenta ou les membranes demeurent dans la cavité utérine pendant un certain temps après l'expulsion du fœtus. Mais elle n'existe, en somme, qu'au delà d'un intervalle qui ne saurait être le même dans tous les cas et sur lequel nous n'oserions nous prononcer. « *D'ailleurs, la fixation d'une limite ne nous paraît pas très utile puisque la rétention ne tire toute sa gravité que des accidents qui l'accompagnent ; c'est à ce moment-là que la rétention doit nous intéresser.* »

Ces quelques lignes empruntées à l'auteur montrent clairement de quelle manière il entend la question, et aussi de quel côté il se range au point de vue de la conduite à suivre en présence du fait clinique qu'il doit étudier. « C'est au moment où apparaissent ces accidents que la rétention doit nous intéresser ». La conclusion la plus naturelle est que M. Gerbaud est d'avis de ne rien faire jusque-là. Comme il le fait observer avec juste raison, les accoucheurs et les gynécologistes envisagent les choses d'une manière différente — les interventionistes ont eu quelque souci de bien déterminer *à quel moment la rétention peut être considérée comme étant un fait accompli.* — Ainsi M. Guenìot a posé les indications suivantes : au

deuxième mois, la non-délivrance peut être considérée comme normale encore au bout de deux jours. Dans le troisième et le quatrième mois, elle devient anormale après vingt-quatre heures. Après le quatrième mois, la durée est moindre encore et l'on doit admettre qu'il y a rétention entre six à douze heures après l'expulsion du fœtus. D'autres, plus interventionnistes, pour ainsi dire, ne fixent pas de limite et sont d'avis que l'intervention doit être remise pour peu que l'arrière-faix tarde à suivre l'embryon. Suit une exposition sommaire des principales modifications subies par l'œuf durant les premièrs stades de son évolution. Elle est destinée à éclaircir la pathogénie et le mécanisme de l'avortement en faisant voir combien la solidité des attaches qui unissent l'œuf à l'utérus varie aux différentes périodes de son évolution. Jusqu'au troisième mois, les moyens de connexion sont très faibles; aussi, le plus souvent, mais non toujours, l'œuf est-il expulsé *en bloc*. Après le troisième mois, l'union est plus intime et la séparation du placenta plus difficile; l'avortement s'effectue d'ordinaire en deux temps. C'est à partir de ce moment que la rétention devient possible. Elle s'observe, le plus communément, du troisième au quatrième mois.

Chapitre premier. — *Historique*. — Il est suffisamment complet et l'auteur a eu raison de nous dire de quelle manière se comportaient les anciens accoucheurs, chirurgiens ou médecins en présence d'une condition et d'accidents qu'ils avaient dû nécessairement observer. Il est en effet curieux de constater que l'on n'avait pas attendu les bienfaits de l'antisepsie pour adopter une conduite très active. Il y a eu autrefois, comme aujourd'hui du reste, des interventionnistes *résolus*, des interventionnistes *réservés* et des *expectants*. Parmi les premiers, nous trouvons Hippocrate, Celse, Aétius, Paul d'Egine, Avicenne, Albucasis, Rœsslin, Mauriceau, Deventer, Portal, de Lamote, Haller, Baudelocque; parmi les seconds, Ambroise Paré, Guillemeau, Smellie, Levret..., avec les autres, enfin, on compte Peu, Ruysch, Puzos, Mesnard, Mesdames Lachapelle et Boivin, Capuron, Moreau... Comme on le voit, le désaccord était aussi marqué qu'il l'est encore aujourd'hui. « *En général*, dit M. Gerbaud, *les interventionnistes sont en majorité en Allemagne, ils sont en balance en Angleterre et aux Etats-Unis; en France ils sont en minorité.* » On aurait pu supposer qu'après l'introduction de la méthode antiseptique, on aurait pu s'entendre et adopter un mode de con-

duite uniforme; il n'en est rien. Tout le monde, ou à peu près, l'a franchement adoptée et cela au plus grand bénéfice des patientes; mais le désaccord subsiste.

« La méthode antiseptique est devenue pour les uns et pour les autres l'excuse fondamentale des procédés les plus opposés. Si elle permet de temporiser, elle préserve aussi de l'infection les brèches faites par l'intervention prématurée.

CHAPITRE II. *Etiologie et mécanisme de la rétention. a) Causes anatomo-physiologiques.* — Pendant les premiers mois, développement peu marqué des éléments musculaires. — Insuffisance des contractions utérines, relativement surtout à l'adhérence de l'arrière-faix; après le troisième mois, rigidité et longueur du col. « *Résistance énorme du côté du col, puissance insignifiante du côté du corps de l'utérus.* » Volume considérable du placenta en comparaison de celui du fœtus. Défaut de proportion, bien indiqué par le tableau suivant emprunté à Hecker.

Au 3e mois	le poids moyen	du fœtus	11 gr.	celui du placenta	36 gr.
4e	—	—	57	—	80 gr.
5e	—	—	284	—	178 gr.

Insertion vicieuse du placenta, anomalies du placenta (placenta succenturié).

b) Causes anatomo-pathologiques. — Anomalies du travail de l'avortement; insuffisance, irrégularité des contractions utérines, déviation de l'axe de la matrice; *rapidité du travail* (déjà signalée par Mauriceau, Levret. .); lésions pathologiques de l'utérus (fibromes); du placenta (adhérences, dont la pathogénie est encore en discussion); altérations des villosités, dégénérescence *fibreuse, graisseuse, caséeuse* et *calcaire, kystique,* hypertrophie simple.

Causes intrinsèques. — Retention d'urine, facteur d'une importance très secondaire. *Intervention maladroite ou irréfléchie* (rupture artificielle des membranes, administration intempestive du seigle ergoté).

CHAPITRE III. *Anatomie pathologique.* — 1° Modifications que subissent le placenta et les membranes retenues dans la cavité utérine. 2° altérations locales de l'utérus résultant de la rétention.

A). Rétention du délivre sans adhérences. — Cas le plus commun. La modification, de beaucoup la plus importante, subie par le dé-

livre, c'est la putréfaction qui est favorisée par un certain nombre de conditions, *pénétration de l'air, présence de caillots*, d'éléments organiques dépourvus de vie, *milieu d'une température relativement élevée.* — La mort ancienne du fœtus semble aussi la hâter très activement. Comme lésions d'ordre très secondaire, on peut citer un certain degré de tassement, une décoloration plus ou moins marquée du tissu placentaire, enfin l'existence sur l'arrière-faix d'une dépression circulaire due à la striction produite par l'orifice interne sur le délivre incomplètement engagé. Si le placenta est partiellement décollé, les modifications subies par la partie décollée sont les mêmes.

b) Rétention avec adhérences. — Le fœtus expulsé, le placenta adhérent continue à vivre, il se nourrit par une sorte d'imbibition; mais sa nutrition est imparfaite. Il se racornit à la longue et finit par s'atrophier réellement, après les membranes cependant qui sont beaucoup plus vite atteintes par le processus atrophique. Parfois, *le placenta se développe normalement, même dans les cas où le fœtus était mort depuis quelque temps.* Arrivés à maturité, placenta et membranes agissent à la manière de corps étrangers et provoquent de la part de l'utérus des efforts expulsifs.

c) Transformations subies par le placenta. — Môles vésiculaires, polypes placentaires.

d) Exfoliation insensible du placenta. — Il existe des observations authentiques de placentas qui, retenus dans la matrice, avaient si bien disparu qu'on n'en trouvait plus la moindre trace sur le tissu utérin, bien que rien ne parût s'être éliminé par la vulve (Guillemeau, Nœgelé, Velpeau). Certains auteurs ont expliqué le fait en admettant que le placenta était résorbé. M. Gerbaud repousse cette théorie de l'absorption, au moins dans ce qu'elle a d'exclusif, et il admet, avec M. Garimond, que les liquides placentaires sont d'abord résorbés, que le placenta maternel l'est aussi, après avoir subi l'influence du travail atrophique exagéré auquel participe l'utérus. Mais le placenta fœtal, devenu le siège d'un travail de désintégration moléculaire, est éliminé très lentement, ce qui explique comment cette élimination passe inaperçue par les voies naturelles.

CHAPITRE IV. **Symptomatologie.** — *Marche et durée de la rétention.*

CHAPITRE V. — *Diagnostic, pronostic.* — Les points qui font l'objet de ces deux chapitres y sont étudiés avec beaucoup de soin. Mais comme ils sont parfaitement traités, dans les auteurs classiques,

nous n'y insisterons pas. Cependant, nous croyons intéressant de rappeler ce que dit M. Gerbaud à propos du pronostic, car ce passage indique bien ses préférences absolues pour la méthode expectante. « Le pronostic est variable : Bénigne dans quelques cas, pas dangereuse dans la plupart, la rétention peut acquérir une gravité absolue dans certaines circonstances heureusement exceptionnelles.

Enfin, ne faut-il pas l'avancer, le pronostic est souvent subordonné au traitement ; et, quand le lecteur aura parcouru, dans le chapitre suivant, les différentes méthodes proposées, *il pourra, comme nous, se demander avec anxiété si dans quelques circonstances le médecin ne va pas directement à l'encontre de son rôle quand sous prétexte d'aider la nature impuissante, il se permet d'opérer des manipulations tellement perturbatrices, des délabrements tellement considérables, que l'on est en droit d'affirmer, presque sans restriction, que c'est le traitement qui a tué la malade.*

CHAPITRE VI. — *Traitement.* — *Y a-t-il un traitement prophylactique de la rétention ?* — Il consiste *à ne rien faire*, à assurer aussi longtemps que possible l'intégrité de l'œuf. « La femme devra rester couchée dans le décubitus horizontal, observer un repos complet de corps et d'esprit. Proscrire tous les excitants, en un mot, *retarder plutôt le travail que l'accélérer.*

Traitement curatif. — *a)* **Méthode d'intervention.** Elles sont nombreuses :

1° *Ocytocique.* — Seigle ergoté, sulfate de quinine, essence de térébenthine, chanvre indien. — Moyens douteux, dangereux parfois, le seigle ergoté surtout.

2° *Tamponnement.* — Moyen souvent efficace et précieux. Mais *il faut que le tampon soit bien fait.* Les auteurs sont très explicites à ce sujet : L'antisepsie est de rigueur.

3° *Expression utérine.* — Elle peut réussir, surtout entre le 5e et le 6e mois. Mais dans la plupart des cas, elle se montre impuissante.

4° *Injections chaudes et antiseptiques.* — Elles ont un double avantage. Elles arrêtent l'hémorrhagie et hâtent le décollement, en sollicitant la rétraction utérine. Elles peuvent rendre de très grands services.

5° *Extraction du délivre.* — Elle exige que le col soit suffisamment ouvert, pour permettre l'introduction du doigt, de la main ou

des instruments. Quand ce degré de dilatation n'existe pas, il faut le produire artificiellement (éponge préparée, laminaire, tampon de Chiari, ballon de Chassagny, de Barnes; etc.). — Certains opérateurs ont eu recours à la discission bilatérale du col (Breslau).

La dilatation obtenue, on procède à l'extraction du délivre.

Les uns n'entendent se servir que des doigts (Breslau, Hemingway, Wathen, Sanger). Dans certains cas, il faut, pour atteindre la matrice introduire la main entière dans le vagin. Un certain nombre d'opérateurs conseillent et font l'abaissement du col. « Ce n'est, dit M. Gerbaud, que dans des cas absolument désespérés que l'on est autorisé à agir de la sorte, et encore le pronostic est-il bien atténué quand l'abaissement de l'utérus ou le débridement du col n'ont pas besoin d'être pratiqués. »

Quant aux pièces qu'on peut employer pour opérer l'extraction, elles peuvent avoir les formes les plus diverses (pince à faux germes de Levret, pince forceps de Hahl, pince de Kluge, etc.).

6° *Curage ou raclage de la matrice.* — Ce procédé a donné des succès, mais il est dangereux. Rupture possible de la matrice; rétention dans l'utérus de débris de placenta et des membranes; voies ouvertes à l'infection, hémorrhagie, etc. Les dangers sont diminués par la pratique d'injections intra-utérines, antiseptiques, et par l'application sur la muqueuse utérine de substances coagulantes ou caustiques.

Ecouvillonnage. — Le procédé a été préconisé dans ces derniers temps par Doléris. C'est, en somme, une façon de pratiquer le curage de la matrice, qui se distingue des autres par l'instrument employé, *l'écouvillon*. Doléris opère de bonne heure. L'écouvillonnage est précédé, suivant le cas, de la dilatation et de l'abaissement du col de la matrice. L'auteur réserve son jugement sur ce procédé, qui ne lui est pas suffisamment connu.

b) **Méthode d'expectation.** — M. Gerbaud se déclare partisan décidé de la méthode la plus en honneur en France, la méthode *expectante*. Elle consiste à laisser à la nature le soin de terminer les choses, tout en se préparant à combattre l'hémorrhagie et à prévenir la putréfaction et ses dangereux effets. Contre l'hémorrhagie, le tamponnement et les injections chaudes; contre les accidents septicémiques, une antisepsie rigoureuse (injections intra-utérines, irrigation continue antiseptique).

« Si ces moyens échouent *(ce qui est rare)*, alors on pourra prati-

quer l'extraction manuelle ou à l'aide d'une pince (jamais de curette); cette extraction sera suivie de l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

« Dans quelques cas bien rares, on sera autorisé, aux cinquième et sixième mois, à employer l'expression utérine. »

Nous n'avons donné qu'une analyse relativement sommaire de la thèse, très convaincue et très intéressante, de M. Gerbaud. Il nous a fallu nécessairement éliminer la partie « très importante » des observations. Il y en a beaucoup et l'auteur en tire le meilleur parti possible en l'honneur de la méthode qu'il préconise, après beaucoup d'autres et des plus expérimentés. Si seulement il avait pu relever un certain nombre de revers, de faits à charge contre la pratique des interventionnistes, son argumentation y eût beaucoup gagné. Aussi, à défaut de preuves, le débat reste-t-il en suspens, et les adversaires, toujours aussi ardents, doivent-ils encore s'appliquer à rassembler des arguments plus nombreux et plus décisifs : ce qui ne veut pas dire que cette thèse de M. Gerbaud ne renferme pas des règles de conduite fort sages et dont l'observation rigoureuse éviterait aux femmes qui avortent, et aussi aux sages-femmes et aux praticiens, de très sérieux mécomptes.

Contribution à l'étude du pronostic et du traitement dans la présentation de la face, *statistique de la clinique d'accouchements de la Faculté de Paris de* 1852 *à* 1886, par le Dr Ch. Boisleux. — Dans un historique très complet, Boisleux a rappelé brièvement les opinions émises sur le pronostic de la présentation de la face depuis Guillemeau (1598) jusqu'à nos jours. On peut voir combien ces opinions sont variables et contradictoires. Et bien que les travaux de Boër, de Mme Lachapelle, Paul Dubois, etc., aient, établi d'une façon définitive la bénignité du pronostic de cette présentation, il est encore de nos jours des accoucheurs qui le considèrent comme étant toujours grave pour l'enfant. L'auteur montre que cette diversité d'opinions est due à ce qu'un certain nombre de facteurs, plus ou moins indéterminés, influent sur les résultats de l'intervention. Il suffit pour reconnaître l'exactitude de cette remarque, en ce qui concerne du moins la présentation de la face, de comparer les statistiques de Mme Lachapelle et P. Dubois, et en général les statistiques françaises et étrangères.

La première partie renferme une analyse détaillée de 143 présentations de la face relevées dans les bulletins de la Clinique de 1852 à 1886. Les données fournies par cette statistique sont mises en parallèle avec les résultats et opinions des auteurs français et étrangers. Parmi les éléments de cette statistique, nous noterons principalement la fréquence des positions, point controversé de nos jours (Playfair, Lusk, Walther). L'auteur établit que les positions M. I. D sont les plus fréquentes. Et dans l'ordre de fréquence respective viennent les M. I. D. P., M. I. G. A., M. I. G. P et M. I. D. A.

Dans les positions antérieures et-postérieures, la moyenne de la durée du travail est la même chez les primipares. Chez les multipares, les positions postérieures comptent deux heures de plus que les antérieures.

La durée du travail des primipares est sensiblement égale dans les présentations de la face et du sommet.

La durée du travail des multipares dans les positions M. I. D. P. est quatre heures plus longue que dans les positions O. I. D. P.

Pour la fréquence des interventions, l'auteur signale comme cause la plus fréquente les déformations pelviennes. Sur quarante-quatre interventions il y en a vingt-deux dues à des bassins viciés. Les autres causes d'intervention sont aussi fréquentes dans la face que dans le sommet. L'auteur conclut que le mécanisme de l'accouchement par la face est soumis aux mêmes lois que celui de l'accouchement par le sommet.

Le pronostic pour l'enfant est favorable dans les accouchements spontanés et à terme; la mortalité atteint 5 0/0; ce chiffre est le même que pour la mortalité dans les présentations du sommet (Schröder) 5 0/0. Dans les cas d'intervention, le pronostic n'est pas fatal, puisque sur 28 forceps il y a eu 22 enfants vivants.

Dans la deuxième partie, l'auteur expose les différents modes de traitement qui ont été employés dans la présentation de la face: réduction céphalique par manœuvres interne et externe; rotation manuelle, rotation avec levier, version, forceps, etc. Puis viennent les observations sur les différents cas de dystocie qui ont été recueillis dans les bulletins de la Clinique. L'auteur les a classées suivant la cause et le mode d'intervention.

L'auteur fait incidemment un chapitre sur l'inertie utérine, le ralentissement des battements fœtaux, et sur la mort apparente des nouveau-nés.

A ce propos, il passe en revue les différentes méthodes de traitement de la mort apparente, cite les expériences sur l'insufflation des enfants mort-nés de MM. les professeurs Depaul et Pajot, sur l'insufflation chez les adultes (asphixiés par submersion), trouve que l'insufflation est le traitement le meilleur et le plus rapide pour raviver les enfants en état de mort apparente, et conclut qu'expérimentalement et *a priori* on doit faire chez les nouveau-nés une insufflation lente et progressive.

Le pronostic pour la mère est bénin même dans les interventions, grâce aux résultats obtenus de nos jours avec la méthode antiseptique.

Nous ajouterons, en terminant, que la thèse de M. Boisleux représente un travail très consciencieux, qu'elle a dû exiger de très laborieuses recherches et qu'on aura souvent l'occasion de la consulter avec fruit.

Dr R. Labusquière.

REVUE DES JOURNAUX

Nouvelle méthode de traitement de l'antéversion aggravée de la matrice (*A new method of treating aggravated anteversion*), Turwer. — Les ligaments larges représentent le plus puissant moyen de contention de l'utérus. Normalement, ils sont placés de champ dans la cavité pelvienne. Les conditions étant telles, les pressions exercées par la masse de l'intestin grêle et par la vessie ne font que seconder l'action de support des deux replis péritonéaux. Au contraire, la position de ces derniers est-elle modifiée, s'inclinent-ils, deviennent-ils horizontaux, les mêmes pressions ne font qu'exagérer leur déviation et celle corrélative de la matrice. Le fait capital dans l'antéversion de l'utérus est cette situation nouvelle des ligaments larges qu'il faut, si l'on veut obtenir la guérison, s'appliquer à faire disparaître. Partant de ces idées théoriques, Turwer a traité avec succès un cas d'antéversion très accusée de la matrice, qui était compliquée d'obstruction de l'orifice interne, d'endométrite, d'inflammation des ovaires.... Il agit à la fois sur le col et sur le corps de l'utérus : sur le col, au moyen d'un pessaire spécial de son invention, et qu'il avait placé dans le cul-de-

sac postérieur; sur le corps, au moyen de tampons qui étaient introduits dans le cul-de-sac antérieur. Grâce à cette double action, utérus et ligaments larges reprirent leur position verticale et purent échapper à l'action défavorable exercée, accidentellement, par la masse intestinale et la vessie à l'état de réplétion.

Employés isolément, n'agissant que sur le fond de la matrice, les tampons ne peuvent que relever en masse l'organe utérin, mais sans le redresser. Les ligaments larges conservent leur position anormale et restent nécessairement soumis aux pressions fâcheuses transmises par l'intestin et la vessie. (*Am. Journ. of. Obstetrics*, juillet-1886.)

Des névroses cardiaques dans leurs rapports avec les maladies de l'utérus et des ovaires (*Cardiac neuroses in connection with ovarian and uterine diseases*). Boldt. — Voici le résumé de ce travail, basé sur un certain nombre de faits cliniques, et dans lequel Boldt donne des recommandations qui, sans être absolument nouvelles, sont fort sages et, à ce titre, méritent d'être rappelées. « Il y a un grand nombre de personnes qui, atteintes d'affections de l'utérus et des ovaires, sont simultanément sujettes à des troubles cardiaques de nature nerveuse. Or, il arrive que ces mêmes personnes se plaignent « exclusivement » de ceux-ci, de sorte que, par un défaut d'enquête, l'état pathologique de l'appareil génital pourrait fort bien passer inaperçu. D'autant mieux qu'en pareil cas, les phénomènes cliniques sont absolument les mêmes que ceux qui accompagnent un « éréthisme cardiaque » reconnaissant une étiologie différente. Il faut donc procéder à un examen minutieux, et diriger ses recherches du côté de l'appareil génital toutes les fois que l'on ne trouve pas ailleurs la raison du fonctionnement anormal du cœur. Qnand les phénomènes morbides sont liés à une affection ovarique, c'est généralement, ainsi que l'a déjà signalé J. Milner, l'ovaire gauche qui est en jeu. (*Americ. Journ. of. Obst.*, août 1886.)

De la nécessité d'un traitement préparatoire de l'accouchement (*The necessity of preparatory treatment for child-bed*). Cutts.—L'auteur insiste avec beaucoup de raison sur l'extrême utilité qu'il y aurait à pouvoir examiner les femmes enceintes assez longtemps avant

le début du travail. C'est là assurément une thèse contre laquelle aucun praticien ne s'élèvera. C... rappelle brièvement les affections nombreuses que beaucoup de femmes malheureusement s'attardent à attribuer à l'état de gravidité, et qu'il serait important de combattre dès le principe. Les prodromes de l'éclampsie, par exemple, sont rangés souvent par elles parmi les autres malaises de la grossesse et le médecin n'est appelé que lorsque les convulsions ont éclaté. Combien aussi serait-il souhaitable de pouvoir, de bonne heure, se rendre compte de la disposition du pelvis, de ses dimensions, de sa forme, de la situation du fœtus, de l'état de la matrice *(déviations, obliquité exagérée, vices de conformation)*, du périnée *(rigidité)*, de la présence ou de l'absence de tumeurs pouvant à un moment donné devenir une cause importante de dystocie, enfin de certaines conditions qui peuvent demander une intervention immédiate ou des précautions toutes spéciales au moment de l'accouchement. Ce sont là, en effet, des circonstances sur lesquelles il serait bon d'être, de bonne heure, parfaitement éclairés. La connaissance de tel phénomène insolite ou de telle condition anormale permettront d'instituer un traitement prophylactique, tout au moins d'intervenir à temps et à propos. (*Am. Journ. of. Obst.*, août 1886.)

Deux cas d'occlusion du vagin, congénitale dans un cas, d'origine traumatique dans l'autre *(Report of two cases of occlusion of the vagina; one from traumatism, the other congenital)*. Cross. — Obs. I. Il s'agissait d'une femme qui, trois années auparavant, avait été accouchée de deux jumeaux. On avait dû employer des intruments. Suites de couches compliquées. Depuis cette époque, la santé générale avait notablement décliné. Troubles nerveux, douleurs intenses qui se renouvelaient chaque mois. Pas d'écoulement menstruel. A l'examen, on constata que l'entrée du vagin était complètement fermé par un tissu dur, résistant, de nature cicatricielle. Opération. Incision de la cloison qui avait environ un centimètre et demi d'épaisseur. Application d'un tampon ou dilatateur de l'orifice vaginal. Guérison rapide. Quelque temps après, la patiente était de nouveau enceinte.

Obs. II. — Mme V..., âgée de 17 ans, nous fut envoyée du Texas. C'est une femme blonde, bien développée et mariée depuis quatre mois. Pendant les six premiers mois de son mariage, dit-elle, elle

s'est fort bien portée. Mais depuis ce moment elle est, chaque mois, prise de douleurs violentes bien qu'elle n'ait jamais vu la moindre trace d'un écoulement menstruel. D'ailleurs, on avait constaté après son mariage l'absence de tout orifice vaginal. Elle avait été examinée par plusieurs médecins qui avaient exprimé des avis différents. « *Elle n'a pas de sexe* », disaient les uns ; « *elle n'a pas de matrice* », prétendaient les autres. Enfin, il n'y avait rien à faire. Elle se considérait déjà comme incurable, et se montrait très découragée, lorsqu'elle vint réclamer mes soins. Un examen très minutieux me permit de constater que la matrice existait et qu'elle occupait sa position normale. J'assurai alors à la femme qu'il était possible de remédier à cette oblitération congénitale du vagin, tout en l'informant des risques qu'entraînerait une opération pratiquée dans ce but. L'opération fut acceptée et vivement réclamée. Elle fut faite, la patiente ayant été préalablement endormie. A l'aide d'un bistouri, je fis au niveau de l'orifice vaginal une incision profonde. Puis, lentement, avec l'extrémité des doigts et un instrument mousse, je dissociai les tissus jusqu'à ce que j'eusse atteint l'extrémité du col. L'hémorrhagie, considérable, fut combattue au moyen de la compression avec des éponges imbibées d'un liquide très chaud. Dans le vagin ainsi créé, je plaçai un dilatateur en verre, après quoi l'opérée fut mise au lit sous l'influence d'une dose massive d'opium. Le dilatateur devait être retiré, et les parties avivées être irriguées deux fois par jour avec une solution antiseptique à la température du corps. Malheureusement, par suite de la négligence d'une infirmière qui céda aux sollicitations de la malade, le dilatateur ne fut pas appliqué pendant toute une nuit. Il se produisit alors une telle rétraction des tissus, qu'une deuxième opération devint nécessaire. On appliqua un dilatateur, plus volumineux et qui resta en place, nuit et jour, cinq semaines. La patiente fut alors renvoyée au Texas avec la recommandation d'appliquer le dilatateur, qu'elle avait appris à ôter et à replacer, encore pendant six mois.

« Douze mois après l'opération, elle écrivait que sa santé était bonne, sa menstruation régulière, et que, de plus, elle remplissait de la manière la plus satisfaisante ses devoirs d'épouse. »

Il n'est peut-être pas en gynécologie, ajoute l'auteur, une opération qui cause au chirurgien plus de trouble, plus de souci que celle qui consiste à remédier à une absence congénitale du vagin, en créant un vagin artificiel. Il faut en effet, en l'absence de lignes de démarcation

précises, de points de repère nets, opérer dans une région où un écart du bistouri, une déchirure malencontreuse des tissus peuvent amener les accidents les plus sérieux. *(Am. Journ. of. Obst.*, août 1886.*)*

Rétention des menstrues, douleurs abdominales simulant le travail (*Retention of catamenia, pains simulating labour*). — « Je fus mandé, écrit le Dr Monks, auprès d'une jeune fille âgée de 14 ans et quatre mois. Il était dix heures du matin. On me dit que la veille, au soir, elle était parfaitement bien. Dans la nuit, les parents furent réveillés par les cris que lui arrachaient des douleurs abdominales intenses. Elle avait une forte envie d'uriner, mais ne pouvait satisfaire ce besoin. Les douleurs qu'elle éprouvait avait absolument le caractère de celles du travail. A mon arrivée, je constatai que le pouls, qui battait 90 fois par minute, était régulier. Peau moite et normale. La mère me dit que les douleurs siégeaient dans le ventre. Appliquant la main sur la paroi abdominale, je reconnus, à ma grande surprise, l'existence d'une tumeur ronde, dure, ferme, qui remontait jusqu'à l'ombilic. La mère me dit que sa fille n'était pas encore menstruée, et que les douleurs actuelles se produisaient tous les quarts d'heure environ. Il en survint une peu après, qui avait nettement le caractère expulsif des contractions de la deuxième période du travail. Je constatai alors la présence, au niveau de l'orifice vaginal, d'une tumeur ayant le volume d'une orange qui proéminait fortement au dehors de la vulve. Elle donnait la sensation de l'amnios, distendue par le liquide amniotique, et sur le point d'éclater. J'essayai, mais sans résultat, de rompre cette pseudo-poche des eaux. Je voulus alors introduire un doigt dans le vagin, mais je rencontrai partout la même tumeur qui constituait sur tous les points un obstacle infranchissable. Je me vis forcé d'examiner de plus près l'état des parties, afin de me rendre compte de la cause de l'obstruction et de la nature de la tumeur. Je reconnus que l'enveloppe de la tumeur était la membrane hymen qui barrait complètement le conduit vaginal. Je conclus qu'il s'agissait d'une « rétention des menstrues par continuité parfaite de la mem- « brane hyménéale. » J'introduisis un cathéter dans la vessie et retirai un quart de litre environ d'urine très pâle. Puis, je fis sur l'hymen une incision cruciale qui fut suivie de l'expulsion d'un liquide épais

et noirâtre, qui continua à s'écouler pendant près d'une semaine. L'enfant n'éprouva aucun malaise et fut, par la suite, régulièrement menstruée. »

« Si la jeune fille, ajoute l'auteur, avait eu lors de mon arrivée une de ces douleurs expulsives, j'aurais affirmé à sa mère qu'elle était en travail. C'est donc là un exemple qui montre au praticien combien il importe de ne point se hâter d'exprimer une opinion formelle, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes filles. » (*British. med. Journ.*, p. 201, 1886.)

Tumeur pelvienne compliquant la grossesse (*Pelvic tumour complicating pregnancy*), Horrocks. — C'est le cas d'une femme qui, depuis plus de sept ans, avait des ménorrhagies excessives. Les pertes de sang étaient si considérables qu'elle était très épuisée et sujette à des syncopes fréquentes. L'examen révéla chez elle l'existence d'une tumeur pelvienne qui paraissait reliée à l'utérus. On fit le diagnostic de *fibro-myôme de la matrice*. Plus tard, les règles ayant disparu, on reconnut une grossesse qui évolua d'ailleurs jusqu'au terme normal et qui aboutit à l'expulsion d'un enfant vivant quoique chétif. Quelque temps après l'accouchement, on constatait que la tumeur avait notablement diminué de volume. Sans doute elle avait participé au mouvement d'involution de la matrice, circonstance qui semblait jusqu'à un certain point confirmer le diagnostic de fibromyôme. (*British med. Journ.*, p. 441, 1886).

Tumeur pelvienne compliquant la grossesse. (*Pelvic tumour complicating pregnancy*), W. Taylor. — Voici les réflexions qu'a suggérées à Taylor la lecture de l'observation précédente : « Les signes et les symptômes qui ont été relevés dans le cas publié par le docteur Horrocks ont une analogie si grande avec ceux que j'ai observés lorsqu'il s'agissait d'une distension de la trompe de Fallope, qu'on me pardonnera sans doute d'émettre l'hypothèse qu'on a eu peut-être dans ce cas affaire à un exemple de cette dernière affection. Fortement distendue la trompe donne presque la sensation d'une tumeur solide. Sans doute, quand on se livre à des examens répétés, on finit par constater une

certaine résistance, une demi-fluctuation qui témoignent en faveur d'une collection liquide. — Habituellement, la tumeur est solidement adhérente à la face postérieure de l'utérus. On peut la délimiter sur l'un ou sur les deux côtés, suivant que l'une des trompes ou que toutes les deux sont intéressées. Elle est douloureuse au toucher, et à un examen superficiel peut faire croire à un utérus en rétroflexion. Comme elle adhère à la matrice, elle se déplace assez difficilement avec ce viscère, et ne disparaît pas par l'introduction du cathéter, ce qui permet de la distinguer d'une déviation utérine. Elle s'accompagne le plus souvent de douleurs qui s'exagèrent avant et pendant la menstruation; il est à remarquer que le siège de ces douleurs ne répond pas toujours au côté malade. L'acte sexuel est presque toujours douloureux; cependant, tous ces symptômes peuvent manquer, dans le cas, par exemple, d'hydrosalpingite chronique et stationnaire. Quand la maladie n'existe que d'un seul côté, la grossesse est possible. Encore récemment j'ai observé un cas dans lequel on rencontrait des signes certains d'une dilatation tubaire. Comme les phénomènes réactionnels étaient très supportables, on ne fit pas d'opération. La femme à laquelle je fais allusion est aujourd'hui enceinte de six mois. L'hémorrhagie n'est pas un symptôme habituel de l'obstruction et de la distension de la trompe; mais lorsqu'elle se montre, elle peut être très abondante et dans certains cas donner facilement le change avec un myôme nodulaire de la matrice. (*Brit. Med. Journ.*, p. 540, 1886.)

Un cas de grossesse extra-utérine (*A case of extra-uterine pregnancy*), A. Kemp. — Le 25 mars, à 11 h. 1/2, je fus appelé auprès de Mlle P..., personne âgée de 26 ans, mariée depuis 3 mois. Je la trouvai au lit. Le pouls n'était pas précisément tout à fait déprimé, mais il n'avait pas l'ampleur qu'il a habituellement chez un sujet en bonne santé. Bruits du cœur normaux. Face décolorée. Pieds et mains sensiblement refroidis. La mère me fit le récit suivant. Sa fille était en train de causer avec elle et une autre dame, quand on l'appela. Elle se leva précipitamment pour savoir de quoi il s'agissait et sortit de la chambre. Comme elle rentrait, elle éprouva une sorte de faiblesse et il fallut l'aider à se coucher. Elle accusait une douleur au

niveau de la région épigastrique, qui s'irradiait vers l'épaule droite. Cela avait tout l'air d'une simple indigestion.

Après avoir fait soigneusement réchauffer les extrémités et administré les médicaments qui paraissaient indiqués, je la laissai dans un état aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer. Cependant, vers huit heures du soir, le mari se présentait chez moi, m'apprenait que la douleur « stomacale » persistait, et me priait de retourner auprès de sa femme, ce que je fis immédiatement. Je la trouvai pâle, les mains refroidies, mais les pieds chauds. Bruits cardiaques et pouls affaiblis. En réalité, elle avait l'aspect d'une personne sous le coup d'une forte perte de sang.

Un examen minutieux ne m'apprit absolument rien. La patiente et sa mère m'assurèrent qu'elle était parfaitement réglée, que la dernière menstruation venait de finir, depuis un jour ou deux. Le cas me parut de plus en plus critique et je demandai au mari de faire appeler le docteur Frost. Il arriva bientôt, ainsi qu'un autre praticien, le Dr Carlton. Mais nos efforts réunis (stimulants variés pris par la bouche ou la voie cutanée, injections hypodermiques de digitale, inhalations de nitrite d'amyle, ...) restèrent inutiles. La femme mourut à 2 heures du matin, et la cause réelle de la mort nous échappait encore.

Autopsie vingt heures après la mort, en la présence des Drs Frost, Carlton et Atwood.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappa une grande quantité de liquide sanguin. Il restait encore beaucoup de sang dans les parties déclives du bassin. Les deux fosses iliaques étaient complètement remplies par des caillots. Après qu'on les eût enlevés, nous constatâmes une *grossesse tubaire, qui avait abouti à la rupture du kyste fœtal* et qui paraissait arrivée à la sixième semaine.

Les particularités les plus curieuses de ce cas sont : *l'absence parfaite de tous phénomènes antérieurs, la persistance d'une menstruation régulière, la rupture précoce du kyste fœtal.* (*The Boston med. and surg. Journ.*, p. 28, 1886.)

Un cas d'inversion de la matrice *(Inversion of uterus)*, ROBERT SAINCLAVI. — « Je fus appelé en toute hâte auprès d'une femme qui, aux dires du messager, était tout à fait mal. Elle accouchait pour la pre-

mière fois et n'avait, avant mon arrivée, été assistée que par une sage-femme. L'enfant était déjà expulsé. Examinant la patiente, je constatai, au niveau de la vulve, une tumeur ronde, noirâtre, qui me parut, au premier abord, être une tête fœtale. Mais, à un examen plus minutieux, je reconnus que c'était l'*utérus complètement prolabé et inversé*, avec le placenta encore adhérent. Hémorrhagie modérée. Je décollai avec beaucoup de soin le délivre, puis, avec l'extrémité des doigts, je tâchai de refouler la matrice dans le bassin et j'eus la satisfaction de voir ces manœuvres réussir. J'appliquai alors un bandage compressif à la parturiente et lui fis prendre une potion stimulante. Mais je ne pus triompher du collapsus dans lequel elle était tombée. Elle mourut quelques heures après.

Un supplément d'enquête me persuada que, dans ce cas, *l'inversion de la matrice avait été produite par les tractions immodérées exercées sur le cordon par la sage-femme.* » (*British. med. Journ.* p. 641, 1886.)

Un cas d'inversion de la matrice (*Inversion of the uterus*), G. Biggs. — « Il s'agissait d'une femme de trente ans environ. Je l'avais déjà assistée dans un premier accouchement, qui avait été parfaitement normal. Il y a un mois ou deux, je l'assistai de nouveau. L'enfant était né, et, ayant placé la main sur la paroi abdominale, je constatai que la matrice se contractait bien. Mais comme le placenta ne venait pas et la patiente m'ayant dit qu'une fois déjà un médecin avait dû faire la délivrance artificielle, je priai la garde d'appliquer sa main sur l'abdomen, me disposant à aller chercher le délivre *in utero*. Mais, ayant introduit deux doigts dans le vagin, je constatai que l'arrière-faix y était en grande partie engagé. Je tirai alors sur le cordon, ce qui amena la sortie, non seulement du placenta, mais aussi d'un masse volumineuse, *c'était l'utérus inversé*. Les membranes étaient encore partiellement adhérentes. A la palpation profonde de l'abdomen, qui était facilitée par une minceur remarquable de la paroi, on ne trouvait dans l'excavation aucune trace d'un *corps contracté*. La patiente devenait très pâle, le pouls faiblissait, la syncope était imminente. Je lui administrai une cuillerée de brandy, et, voulant bénéficier de la résolution musculaire amenée par l'état semi-syncopal, je procédai immédiatement à la réduction manuelle de l'organe, qui

s'opéra heureusement. Pas d'hémorrhagie. L'utérus, que l'on sentait de nouveau à travers la paroi abdominale, se contracta normalement, et ma cliente se remit tout à fait bien. » *(British med. Journ.*, p. 739 et seq., 1886).

Avortement incomplet, sapræmie, guérison *(A case of imperfect abortion, sapræmia, recovery).* — M. A..., 45 ans, 13 accouchements antérieurs. Avortement, il y a deux mois. Depuis cette époque, hémorrhagies répétées, écoulement fétide, douleurs expulsives qui la mettent dans l'impossibilité de travailler. Examen. L'utérus est augmenté de volume, rétrofléchi; la cavité utérine est facilement accessible Elle est occupée par des caillots et des parties déciduales qui adhèrent à la paroi antérieure et au fond de la matrice. Hémorrhagie considérable. On enlève immédiatement caillots et débris de caduque. Irrigation avec de l'eau chaude additionnée d'une petite quantité de teinture d'iode. Deux heures après, frissons, élévation de la température, pouls ample, battant 128 fois à la minute. Peau chaude. Soif vive. Irrigations utérines. Application dans l'utérus d'un tampon chargé d'iodoforme et imprégné de vaseline. Quinine et ergot. Le lendemain, température et pouls normaux. Le tampon fut renouvelé. — A partir de ce moment, la convalescence marcha très heureusement. Plus d'hémorrhagie. Involution utérine rapide. » *(British Med. Journ.*, p. 738, 1886).

Tumeur pelvienne compliquant la grossesse. — Horrocks reprend en détail l'observation qu'il avait publiée et en tire les éléments du diagnostic différentiel entre les fibro-myômes de la matrice et la distension de la trompe de Fallope.

1° Avant tout, la patiente se plaignait de pertes excessives, survenant aux périodes menstruelles qui étaient très douloureuses. Or personne n'ignore que c'est là un caractère des fibro-myômes tandis que, de l'aveu de M. Taylor lui-même, la ménorrhagie est un phénomène raredans les cas de distension tubaire.

2° La cavité utérine était augmentée (9 centimètres), circonstance

habituelle avec un fibro-myôme, rare avec une distension de la trompe.

3° Quand l'utérus, devenu gravide, se fut développé jusqu'à mi-distance entre le pubis et l'ombilic, la tumeur pelvienne n'avait guère suivi ce mouvement d'ascension. Elle restait dans la fosse iliaque, mais pouvait être soulevée à l'aide de certaines manœuvres. S'il se fût agi de la trompe de Fallope, deux choses pouvaient arriver : libre, dépourvue d'adhérences, elle fût élevée dans la cavité abdominale; adhérente, fixée par des inflammations péri-tubaires, il eût été impossible de la mobiliser et elle eût sans doute provoqué une fausse couche.

4° Après l'accouchement la tumeur subit, d'une façon très manifeste, un processus d'involution, caractère commun aux fibro-myômes, à démontrer encore pour la distension tubaire.

5° La patiente avait des douleurs violentes aux époques menstruelles. M. Taylor dit que « *la distension chronique de la trompe s'accompagne habituellement de souffrances qui s'exagèrent avant et pendant la menstruation* ». Si donc il se fût agi dans mon cas d'une distension tubaire, c'est qu'elle se serait accompagnée de symptômes absolument anormaux. En réalité, les ménorrhagies, l'augmentation de volume de la matrice, l'évolution de la tumeur pendant la grossesse, sa mobilité, son involution durant la période *post-partum*, enfin l'absence de douleurs inter-menstruelles me semblent parfaitement confirmer le diagnostic de fibro-myôme. (*Brit. Med. Journ.*, p. 586, 1886.)

Dr R. Labusquière.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

et de gynécologie de la Faculté

Service de M. le professeur Pajot.

A PROPOS D'UN CAS DE MORT PAR RÉTENTION DU PLACENTA.

COMMENT ON DOIT CONDUIRE LA DÉLIVRANCE. — CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE QUAND LE DÉLIVRE RESTE RETENU DANS LA MATRICE, APRÈS L'ACCOUCHEMENT OU L'AVORTEMENT (1).

(Leçon recueillie par le **Dr R. Labusquière.**)

Nous allons examiner aujourd'hui une pièce intéressante. Elle se rapporte à un fait instructif, mais vous aurez, je l'espère, rarement l'occasion d'en observer de semblable. On peut dire

(1) La femme qui donna lieu à cette leçon fut apportée à la clinique trois jours après avoir accouché; on avait en ville, par des tractions excessives, cassé le cordon et le délivre était resté dans la matrice. Lors de l'admission à la clinique, il existait des signes bien évidents d'infection (fétidité des lochies, péritonite). Le professeur Pajot tenta, inutilement, plusieurs manœuvres d'extraction. La rétraction de l'orifice interne était déjà trop accusée pour permettre l'introduction de la main et l'action efficace des ins-

que, dans la plupart des cas, ils sont dus à l'impéritie de l'accoucheur. Il s'agit d'une femme dont je vous ai parlé il y a quelque temps, et dont, depuis dix jours, j'ai annoncé la mort. Son histoire peut être résumée en ces termes : *femme accouchée sans difficulté, mais dont le placenta est resté dans la matrice.* Eh bien nous allons voir que quand une femme garde un placenta, *à terme*, dans l'utérus, cette femme est à peu près morte. C'est sur cette considération, formellement justifiée par les données cliniques, qu'est basée toute ma conduite en pareilles circonstances. J'ai recours, pour tenter l'extraction du délivre, à tous les moyens dont nous pouvons disposer et je ne m'arrête, dans ces tentatives, *que devant l'emploi de la violence.*

Que devions-nous faire, qu'avons-nous fait?

Je viens de vous le dire. Nous devions tenter l'extraction et nous avons fait des tentatives réitérées dans ce but. Introduire la main, c'était chose impossible. L'orifice était trop étroitement et trop solidement refermé. Pour pénétrer, il eût fallu rompre le vagin, l'utérus..... J'ai rencontré là un état de rétraction si excessive qu'il m'a rappelé la sensation que fournit le col quand on a imprudemment et prématurément administré de l'ergot. Il semble néanmoins, d'après les renseignements que la malade elle-même fournissait, qu'elle n'avait pas pris ce médicament.

Pour parer à l'étroitesse du col, j'ai eu recours à plusieurs

---

truments. En désespoir de cause, et sans parler des injections antiseptiques qui, dès les premiers moments et comme dans tous les cas analogues, furent faites d'une façon très méthodique, on plaça une sonde à demeure, *comme pour un accouchement provoqué.* La sonde amena bien des contractions utérines mais non la dilatation, encore moins l'expulsion du placenta. La patiente succomba quinze jours environ après son entrée à l'hôpital. L'autopsie permit de constater que le placenta, qui présentait les traces d'une putréfaction assez avancée, était pourtant adhérent dans une assez notable étendue.

R. L.

instruments. En fin de compte, j'en ai fait construire un spécial, longue pince s'articulant et présentant des cuillers fenêtrées comme un forceps. J'ai pu l'introduire, et, à l'aide d'une main placée sur la matrice, m'assurer à travers la paroi abdominale, que la pince était bien dans la cavité utérine. Mais, malgré des tentatives réitérées, je n'ai pu rien saisir.

Le placenta était-il décollé ou non? Résoudre, d'une façon précise la question, était difficile.

Voici, en effet, quels raisonnements contradictoires on pouvait tenir :

Le placenta est décollé, car il y a de la putréfaction.

Le placenta n'est pas décollé, car il n'y pas d'hémorrhagie.

Enfin le fait de n'avoir rien saisi avec les pinces, était aussi en faveur de cette seconde hypothèse.

Mais on peut en faire une autre.

Le placenta est-il partiellement décollé? La vérité est peut-être là.

Examinons la pièce.

Vous voyez, Messieurs, que le tissu placentaire est absolument confondu avec le tissu utérin dans une assez grande étendue.

Que conclure de ce fait? C'est qu'il constitue un argument de plus en faveur de l'opinion que je soutiens depuis plus de quarante ans et que je vous formulais tout à l'heure : Une accouchée qui garde un placenta, *à terme*, dans la matrice, est à peu près morte, comme je vous le disais il y a quelque temps : je sais bien qu'on peut aujourd'hui, grâce aux mesures antiseptiques, lutter plus efficacement contre la septicémie, mais je n'accorde, *dans le cas particulier*, qu'une confiance limitée à l'efficacité de l'antiseptie; *il n'y a là qu'une atténuation du pronostic.*

Voici d'ailleurs l'enseignement qui se dégage d'un grand nombre de statistiques que j'ai rassemblées et auxquelles j'ai ajouté quelques faits personnels :

Sur 68 femmes qui ont gardé le placenta dans la matrice et

qui ont été abandonnées aux seuls efforts de la nature, 60 *sont mortes*.

Au contraire, *sur* 120 *femmes sous le coup de pareil accident, dont plusieurs, ainsi que les auteurs l'ont noté, étaient arrivées à un degré très marqué d'épuisement, mais chez lesquelles on a pu extraire le délivre*, 4 *seulement ont succombé*.

Messieurs, je crois qu'il est inutile de s'attarder davantage sur les raisonnements. De plus longs commentaires seraient hors de propos devant l'éloquence de pareils chiffres.

Il faut procéder à l'extraction du délivre. Voilà la règle absolue. Mais la conduite diffère suivant les cas. Nous allons donc examiner successivement ce qu'elle doit être dans *les cas ordinaires* et dans les *cas exceptionnels*.

Occupons-nous d'abord des premiers.

L'enfant est expulsé, qu'allez-vous faire? — La délivrance. — Quand et comment? — Quand? — Il est des personnes qui disent dans dix minutes, dans vingt. — Messieurs, il y a déjà bon nombre d'années que j'ai soutenu, aussi bien pour la délivrance que pour beaucoup d'autres interventions obstétricales, que la conduite de l'accoucheur ne saurait être subordonnée à une question d'horlogerie. Pour intervenir à propos, il faut qu'une série de phénomènes se soient produits; à défaut de ces conditions, votre intervention sera inopportune. Vous devrez donc vous appliquer à bien apprécier les modifications spéciales et nécessaires qui ont lieu, après l'expulsion fœtale, et à ne vous décider pour l'intervention que quand elles se seront parfaitement réalisées. Voilà la conduite véritablement sage et rationnelle, et qui ne vous exposera pas à des mécomptes.

Si, pendant que le fœtus est expulsé, vous tenez la main appliquée sur l'utérus, vous sentez, à travers la paroi abdominale, que la matrice se rétracte. Quand l'enfant est sorti, le fond de l'organe dépasse un peu l'ombilic. L'utérus donne alors cette sensation, que beaucoup d'entre vous ont certainement déjà constatée, d'un corps globuleux et dur.

Quelles sont les conséquences de ces modifications?

Il est facile de se rendre compte de ce qui va arriver. Le tissu utérin se rétracte fortement, mais le tissu placentaire, d'une texture différente, ne peut suivre ce mouvement de rétraction; les attaches des deux organes vont donc être infailliblement détruites, ce qui amènera le *décollement placentaire.* Mais, le placenta, en se décollant, va laisser béants un grand nombre de gros vaisseaux, et il y aura *hémorrhagie.* Sans doute, la délivrance est presque toujours *sanglante,* mais dans la plupart des cas la perte est modérée, grâce à l'hémostase naturelle qui s'établit par la contraction des fibres musculaires, sur les vaisseaux utérins.

Donc, dans les cas ordinaires, la rétraction utérine amène un double résultat : *le décollement placentaire et l'hémorrhagie.* L'hémorrhagie, dans les cas où la rétraction se fait bien, s'arrête spontanément; il n'y a pas d'indication particulière à ce sujet.

Supposez que les choses se passent ainsi, qu'allez-vous faire?

Ayant constaté que l'utérus est bien rétracté, vous devez trouver dans ce fait une injonction formelle. Il faut vous assurer si le placenta est, ou n'est pas décollé. Vous ne devez pas dire *il peut être décollé.* Vous devez pouvoir dire, *cela est, ou cela n'est pas.* Et il vous sera facile d'acquérir cette conviction. Pour cela, saisissez le cordon dans la main gauche et tendez-le légèrement. Glissez ensuite le long de cet organe, le doigt indicateur de la main droite jusqu'au col de l'utérus; et là, si le placenta est décollé, la pulpe de votre doigt arrivera sur une surface lisse, arborisée, irrégulière, qui n'est autre chose que la face fœtale du placenta, vous sentirez l'insertion du cordon. Vous aurez une sensation spéciale, caractéristique, avec laquelle je vous engage à vous familiariser dès aujourd'hui. La chose est des plus faciles; servez-vous du premier placenta que vous trouverez dans la salle d'accouchements, promenez plusieurs fois votre doigt

sur la face fœtale de l'arrière-faix. Vous acquerrez ainsi pour toujours une notion qui vous sera plus tard très utile.

Examinons une première hypothèse :

Le placenta est certainement décollé.

Il est très probable, et même sûr, qu'en pareil cas, la nature accomplirait seule l'expulsion. Mais elle pourrait employer à cette tâche un temps plus ou moins long. Or, y a-t-il avantage à ce que la délivrance se prolonge? *Les avantages, je les cherche ; les inconvénients, je les vois.* Que faut-il pour que le placenta soit expulsé? Le placenta constitue un disque épais, le segment inférieur de l'utérus qu'il doit traverser, présente une forme conique à sommet inférieur, à laquelle il doit s'adapter. Il doit *s'accommoder*, se mouler et diminuer graduellement de volume jusqu'à pouvoir traverser l'orifice externe en partie reformé. La nature suffirait presque toujours à produire ces changements, mais elle y emploierait trois, quatre, cinq heures et plus ; pendant ce temps, il faudrait rester à côté de l'accouchée, craindre toujours une hémorrhagie, etc., il vaut mieux intervenir, et voici, à ce sujet, quelle est mon opinion formelle.

L'intervention *française* est basée sur la raison, sur la prudence. Je déclare hautement que l'on n'a encore rien fait de mieux (1). Voici les règles qui sont les miennes :

Le placenta est décollé, il est tombé dans le segment inférieur de la matrice, vous en êtes *physiquement* sûr. A partir de ce moment, et *seulement à partir de ce moment*, vous allez chercher à l'extraire, et par un moyen rationnel. Vous saisissez le cordon dans la main droite, *et le plus près possible de la vulve;* vous l'entourez au besoin d'un linge, afin d'avoir une prise plus fixe. Puis vous le tendez en le tirant d'abord en bas, ce qui est conforme à la direction de la première partie du trajet que l'arrière-faix doit décrire. Le caractère important des trac-

(1) Il n'est peut-être pas sans intérêt de constater ici le revirement qui se fait en Allemagne contre la méthode de Crédé. Je traduis l'opinion

tions c'est qu'elles doivent être *continues*. C'est cette continuité qui *accommodera* la forme et le volume du placenta à la forme et aux dimensions du canal qu'il doit traverser. Combien de temps devrez-vous maintenir la tension? Cela est variable. Mais vous patienterez autant qu'il sera nécessaire. J'ai une fois, tendu ainsi le cordon vingt-cinq minutes. Il s'agissait d'un placenta, mince il est vrai, mais exceptionnellement large, et que je pus extraire ainsi avec de gros caillots contenus dans les membranes et qui étaient parfaitement moulés. Surtout, gardez-vous de suivre certains conseils que l'on vous donne, même dans les livres les plus récents. On vous dit : vous tire-

---

tout récemment émise, sur ce sujet, par Hofmeier, assistant du professeur Schroder (*):

« La méthode, dite de Crédé, *du traitement de la troisième période du travail,* a été, pendant longtemps, la seule employée en Allemagne. Mais, depuis quelques années, elle a été attaquée simultanément par plusieurs observateurs, et la question a été prise et reprise maintes fois. Dans deux mémoires importants, récemment parus, le sujet est traité à nouveau. Un travail de Rœmer (Stuttgard), l'autre de Cohn (Berlin), concluent tous les deux, en faisant valoir les raisons données par les divers auteurs, *que toute intervention précoce et active doit être rejetée*. Mais tandis que Rœmer conseille d'appliquer, aussitôt après la sortie de l'enfant, la main sur l'utérus et par ce moyen, de contrôler ce qui va se passer jusqu'à la terminaison complète de la délivrance, Cohn préfère rester tout à fait expectant, parce que l'expulsion du délivre *hors de l'utérus* n'est qu'un acte purement physiologique, qui presque toujours s'accomplit d'une manière satisfaisante, sans aucun secours de l'art. Mais la fin de l'expulsion du placenta (hors du col et du vagin) exige en général, une intervention manuelle, parce que le délivre ayant quitté la matrice, il n'y a plus de force pour le pousser au dehors. Sur ce point, presque tous les travaux publiés dans les dernières années en Allemagne, sont d'accord qu'il est préférable de ne pas abandonner les choses à la nature, qu'il vaut mieux terminer artificiellement la délivrance de un quart d'heure à trois quarts d'heure après la naissance de l'enfant. En résumé, il semble résulter de cette discussion agitée pendant des années que les méthodes « essentiellement actives » ont été restreintes en faveur de procédés plus physiologiques. »

(*) Report on the progress of obstetrics and gynecologie in germany. (*Am. journ. of obstetrics*, octobre 1886.) R. L.

rez le cordon pendant cinq, dix minutes. Et, si rien ne vient, vous l'abandonnerez, quitte à renouveler vos tentatives quelques instants plus tard. Une pareille pratique est détestable, vous le comprenez aisément. Vous avez commencé à tendre le cordon, et le placenta a commencé à se mouler sur la partie inférieure de l'utérus. Vous abandonnez la traction, que va-t-il se produire ? Evidemment, le placenta va reprendre une partie de son volume primitif. Vous aurez donc perdu, plus ou moins complètement, le bénéfice de votre première manœuvre.

Messieurs, j'ai résumé, il y a bien longtemps déjà, toute la pratique de la délivrance dans les cas ordinaires, en deux mots, formule bien connue aujourd'hui : *tendre* et *attendre ;* mais il faut ajouter, *à condition que le placenta soit parfaitement décollé.*

Sans cette dernière condition, qu'arriverait-il ?

Supposons le cordon solide, et le placenta encore fortement adhérent ; — vous tendez, vous tendez toujours, — et peu à peu le fond de l'utérus se retourne, s'invagine ; en fin de compte vous produisez une inversion utérine.

Le cordon est-il grêle, exceptionnellement fragile ?

Vous tendez, vous tendez toujours, et le cordon casse; vous exposez votre cliente aux accidents que vous venez de voir.

Donc, *tendre et attendre, à condition que le placenta soit décollé*, voilà la formule pour les cas ordinaires.

Supposons que les choses marchent différemment.

L'utérus est parfaitement rétracté, mais vous constatez que le placenta n'est pas décollé. Vous allez attendre ; oui, mais combien de temps? Prenez garde, l'orifice se referme peu à peu, et, il arrivera un moment où l'intervention deviendra plus difficile, *un autre où elle sera impossible*, attendez vingt minutes, une demi-heure mais pas au-delà, dit-on ordinairement. Attendez tant que l'orifice ne se rétracte pas.

Que faire ?

J'ai entendu des médecins très honorables et très instruits,

et au début de ma pratique j'étais heureux de pouvoir prendre leurs avis, me parler d'une manière bien contradictoire.

Les uns me disaient : « *Mais donnez de l'ergot, c'est un médicament merveilleux qui nous a tirés d'embarras dans les cas les plus fâcheux.* » Ah ! mon jeune ami, disaient les autres : « *Surtout, surtout ne donnez pas d'ergot, c'est un médicament mortel.* »

Frappé de cette contradiction qui existait entre des hommes d'un mérite et d'un savoir incontestable, je cherchai longtemps pour en trouver la raison. Et je crois l'avoir trouvée. Dans certains cas, l'arrière-faix est aux deux-tiers engagé dans le vagin. Si on donne de l'ergot en semblables conditions, qu'arrive-t-il ? L'utérus se contracte fortement sur le délivre, et comme celui-ci est déjà en grande partie expulsé, l'expulsion se termine rapidement, d'où l'enthousiasme des uns pour l'administration de l'ergot. Quand, au contraire, ce n'est qu'une minime partie du placenta qui est engagée dans l'orifice, les contractions utérines le chassent en arrière, et le col se referme en l'emprisonnant, et en exposant la femme à toutes les conséquences de la rétention placentaire, d'où les malédictions des autres médecins.

Renouvelez une expérience que nous avons tous faite quand nous étions au collège : Quand nous voulions nous accorder le plaisir de décocher un noyau de cerise à l'adresse d'un de nos camarades, que faisions-nous? Nous tenions le noyau entre la pulpe du pouce et de l'indicateur, par l'un de ses bouts, la plus grosse partie du noyau restant absolument libre, et à la première pression, le noyau filait en avant ; si, au contraire, ne laissant libre qu'une petite partie du noyau, vous exerciez, la pression sur tout le reste, le noyau rentrait dans la main.

Je crois qu'il faut expliquer de cette manière les différences qui suivent l'administration de l'ergot dans le but de hâter la délivrance. Je pense aussi que s'il est, dans certains cas, permis à un praticien expérimenté de chercher à apprécier le degré d'engagement de l'arrière-faix et de régler ensuite sa

conduite d'après cette appréciation; il n'en saurait être de même pour les médecins encore peu familiarisés avec les difficultés de la pratique.

La règle à laquelle ces derniers doivent se conformer d'une manière absolue, je l'ai tracée dans cette formule que j'ai émise aussi il y a longtemps, et pour laquelle je revendique absolument la priorité : *Ne jamais donner d'ergot, tant qu'il y a quelque chose de solide dans l'utérus.*

Si le délivre n'est pas du tout engagé, ou même s'il n'est pas décollé, l'ergot amènera une rétraction des orifices telle, que le placenta ne pourra plus sortir et la main ne pourra plus entrer.

Nous venons de voir comment il convient d'effectuer la délivrance dans les cas ordinaires. Je vous ai donné la loi d'après laquelle vous devrez régler votre conduite, avec elle vous éviterez tous les mécomptes. — Après quarante ans d'expérience, je puis vous dire qu'en me conformant au précepte qu'elle renferme, *je n'ai jamais échoué, le placenta étant décollé.* Longtemps, j'ai pu dire que, grâce à cette méthode, il ne m'était même jamais arrivé de casser le cordon. Je ne puis plus en dire autant aujourd'hui. Il n'y a pas longtemps en effet, dans des circonstances spéciales, où je me suis peut-être un peu trop hâté, pareil accident m'est arrivé. Néanmoins, encore là, j'ai recueilli le bénéfice de mon mode d'intervention. — Le placenta en effet, était déjà moulé et aux deux-tiers engagé dans le vagin quand le cordon se rompit. Chez une autre femme, dont le placenta était remarquablement épais, il fallut maintenir la traction continue pendant un temps assez long. — Dans une autre circonstance, je fus appelé par un médecin militaire, qui venait d'assister une dame dans un accouchement d'ailleurs normal. Mais la délivrance ne se faisait pas, et le médecin était fort inquiet. Là encore je *tendis*, et *j'attendis* au moins un quart d'heure. — Le placenta expulsé, nous trouvâmes aisément la raison des longueurs de la délivrance. Il y avait dans les membranes un caillot énorme, et vous concevez que pareille masse avait dû mettre

beaucoup de temps à se mouler. Une autre fois, le placenta n'était pas épais, il était mince, mais présentait une surface véritablement extraordinaire. Là encore, la délivrance fut longue. Je pourrais vous citer quelques exemples analogues. — Mais dans l'extrême majorité des cas, la délivrance est relativement rapide ; — et dans tous, elle est dépourvue de tout danger si vous vous conformez à la formule : *Tendre et attendre, quand le placenta est décollé.*

Voilà les cas ordinaires ; occupons-nous maintenant des cas exceptionnels.

Vous avez attendu que l'utérus fût rétracté. — Vous attendez maintenant que le placenta soit décollé, et il y a déjà un temps double, triple du temps ordinaire, que vous attendez. Or, en pratiquant la manœuvre que je vous ai conseillée, pour rechercher si l'arrière-faix est tombé dans le segment inférieur de la matrice, et s'il se moule sur l'orifice, vous éprouvez, au contraire, la sensation que le cordon s'enfonce dans la direction du fond de l'utérus. En somme vous n'atteignez pas la surface placentaire, *évidemment le placenta n'est pas décollé.* — Il pourrait bien arriver, mais cela est très exceptionnel, que l'on eût affaire à un utérus en forme de gourde, et que, selon le langage pittoresque de Peu, le délivre ne fût pas dans le segment inférieur mais, dans *l'arrière-boutique.*

L'anomalie est trop rare pour que nous nous y arrêtions davantage. D'ailleurs, existerait-elle, que cela ne changerait rien à la conduite que vous devez tenir.

Le placenta n'est pas décollé. Pas d'hésitations, il faut l'extraire.

« *Je ne doute pas que si, dans le cas qui a donné lieu à cette leçon, le médecin était allé, dans le moment propice, à la recherche du délivre et l'eût extrait en partie ou par portions, la malheureuse dont il s'agit n'aurait pas succombé.* »

Mais, on peut objecter : Si vous blâmez le médecin ou la sage-femme pour n'avoir point accompli cette extraction, pourquoi ne l'avez-vous point faite vous-même. Pourquoi ? Rappelez-vous

que cette femme n'a été apportée à la clinique que deux jours et demi après l'accouchement, et que ce qui était possible quelques heures après la sortie de l'enfant était impossible plus tard. Sans doute, j'aurais pu extraire encore le placenta, mais, à condition de déchirer le vagin, l'utérus, — de hâter encore par conséquent la terminaison fatale. Or, si j'ai recours pour tenter l'extraction du délivre à tous les moyens dont je dispose, je m'arrête toujours dans ces tentatives *devant l'emploi de la violence.*

Comment faire pour décoller le placenta?

On conseille, dans certains livres, de se servir du bord cubital de la main. Pour moi, je vous dis : servez-vous *hardiment mais prudemment* de la pulpe de vos doigts. Si vous ne pouvez avoir le délivre en entier, enlevez-le par fragments et rassemblez-les. — Ils vous donneront une idée assez exacte de la besogne que vous aurez faite et de ce qui peut rester dans l'utérus.

Puis vous ferez des injections antiseptiques, et peu à peu, les débris placentaires s'en iront en deliquium. — Rappelez-vous l'enseignement qui ressort des statistiques.

« *Sur* 68 *femmes qui ont gardé le placenta,* 60 *sont mortes.* »

« *Sur* 120 *femmes chez lesquelles on l'a extrait, et dont plusieurs cependant étaient épuisées,* 4 *seulement ont succombé.* »

Il faut donc, sans trop attendre, aller chercher le placenta. Mais quand vous vous trouverez en présence d'un cas semblable à celui auquel nous avons eu affaire, quand l'orifice sera déjà refermé et résistant, quand il sera trop tard pour que l'introduction de la main soit encore possible, que ferez-vous? Ce que j'ai fait, tenter l'extraction avec des instruments semblables à ceux que j'ai employés. — Mais objecterez-vous encore, d'après ce que nous venons de voir, le résultat de notre intervention ne nous paraît pas devoir être très brillant. N'importe, vous n'avez pas le droit d'abandonner la femme aux seuls efforts de la nature ; en agissant autrement, vous ne la tueriez pas, mais vous la laisseriez mourir. D'ailleurs, vous

ne vous heurterez pas toujours aux difficultés que nous avons rencontrées, et qui, *a priori*, stérilisaient nos efforts : *le placenta était confondu avec le tissu utérin ou du moins il n'en était séparé que dans sa partie inférieure.*

Je me résume :

Le placenta est décollé, vous en êtes absolument sûr, faites-la délivrance, d'après la méthode de la traction continue.

Le placenta est décollé, mais le cordon est cassé. — Retroussez la manche, introduisez la main et extrayez l'arrière-faix.

Cependant vous pourriez, dans ces conditions, essayer, au préalable, la méthode de Crédé, ou de *l'expression placentaire.* C'est là, pour le cas particulier, une manœuvre rationnelle contre laquelle je n'ai rien à dire. Elle doit précéder l'introduction de la main, car il est vrai qu'on a fait une objection sérieuse à cette dernière intervention. Elle augmenterait de beaucoup les dangers de la puerpéralité. — En effet, c'est la seule opération dans laquelle la main de l'accoucheur entre en contact immédiat avec la surface interne de la matrice ; dans la version, par exemple, il y a interposition des membranes de l'œuf. La main, c'est *l'ultima ratio.*

Le placenta n'est pas décollé.

Gardez-vous de tirer sur le cordon, — et *ne donnez jamais d'ergot*, jamais du moins dans les premières années de la pratique. Plus tard, quand vous serez rompu à toutes les difficultés du métier, vous pourrez tâcher d'apprécier si, dans les cas particuliers que je vous ai indiqués, on peut se départir de cette règle. Mais n'oubliez pas qu'à des médecins jeunes, elle s'impose d'une façon absolue.

Messieurs, nous venons d'étudier de quelle façon le médecin doit conduire la délivrance dans toutes les conditions qui peuvent se présenter à lui après l'accouchement. Mais il est impossible de toucher cette question sans qu'il se fasse, tout

de suite, dans l'esprit un rapprochement curieux, frappant et d'un immense intérêt pratique. Je ne sache pas cependant que dans aucun livre, on ait spécialement attiré l'attention sur ce point très remarquable.

Les accidents que nous venons d'étudier se produisent dans l'accouchement, mais ne surviennent-ils pas aussi dans l'avortement? Certainement, là aussi on les retrouve, mais avec des conséquences autrement graves! Et vous saisissez tous la raison de cette différence. Elle tient à ce qu'on ne peut, dans un utérus de quatre, cinq mois, introduire la main.

Analysons plus complètement la question.

Dans les avortements, *jusqu'à trois mois*, il est commun que l'œuf soit expulsé en entier — éventualité heureuse, — mais plus tard, c'est ordinairement le contraire qui arrive; l'embryon est d'abord expulsé et l'arrière-faix reste dans la matrice. La différence tient à des conditions toutes mécaniques; à cette époque, ainsi que l'a fait remarquer P. Dubois, le placenta est plus volumineux que l'embryon, et ce seul fait suffit à expliquer la rétention de l'arrière-faix. Donc, la rétention est la règle, et pour ma part, *je n'ai jamais vu, dans ces avortements, le placenta suivre immédiatement l'embryon.*

Voyons maintenant le cas qui s'offrira le plus habituellement à vous.

On vous dira : *Voici une femme qui vient de faire un avortement de quatre mois, par exemple; l'embryon est sorti et on vous le montre, mais le délivre* est resté (1).

Voici la première question que vous vous poserez : *Le placenta est-il ou n'est-il pas décollé?* Quant au cordon, c'est comme s'il n'existait pas; il est à cette époque extrêmement grêle et céderait à la plus faible traction.

Commencez par penser que le placenta est décollé. *Le décol-*

(1) M. Pajot fait remarquer qu'on a généralement dans les familles une grande tendance à conserver ces petits fœtus dans l'alcool. Cela rappelle, ajoute-il, certains appareils, dans lesquels on voit de petites figures en verre monter ou descendre suivant les caprices du temps.

lement est la règle. Vous avez 99 chances sur 100 d'être dans le vrai; qu'allez-vous faire? Rien. La proposition que je formulais à propos de la délivrance après l'accouchement doit être ici renversée. « *Si vous avez le malheur d'intervenir, un grand nombre de femmes mourront.* » Après l'accouchement, la règle formelle c'est l'intervention, ici c'est l'abstention. Le rapprochement est-il curieux et instructif?

D'ailleurs ce contraste s'explique aisément. Mais si l'expulsion du délivre ne se fait pas, où est la limite de l'expectation? Combien de temps allons-nous rester à ne rien faire? Ici, encore, votre intervention ne saurait être subordonnée à une question d'heure. Voici quelle est ma conduite : le placenta est resté, je ne fais rien. Le lendemain je reviens, je soulève les draps de la malade, et je constate, *d'aussi près que possible,* s'il se dégage ou non d'odeur de putréfaction; si non, je ne fais encore rien : le lendemain, même conduite. Mais dès qu'il y a de l'odeur, j'interviens. *La limite de l'expectation, c'est l'apparition de l'odeur.* Dès ce moment la vie de la femme est en danger, *il faut extraire le placenta, à tout prix, sauf la violence.*

Comment allez-vous procéder? Allez-vous vous servir du doigt qui, à la rigueur, peut pénétrer dans l'orifice le plus souvent. Non, *il faudrait avoir des doigts démesurément longs*; vous vous servirez d'un instrument analogue à un de ceux que je vous présente. L'un convient pour les cas où l'orifice est assez largement ouvert. Il ressemble à un long forceps très étroit, et se manie de la même façon. Quant à l'autre, auquel je dois l'existence de plusieurs femmes, il présente l'immense avantage de pouvoir admettre à l'une de ses extrémités une cuiller dont les dimensions seront en rapport avec celles de l'orifice.

Voici son histoire :

Je fus, il y a bien longtemps, près de 40 ans, appelé par un des élèves qui suivaient mes cours, auprès de la femme d'un fabricant de cuirs, rue Saint-Antoine.

Cette femme, accouchée, à quatre mois et demi, depuis onze jours, n'avait pas encore expulsé le placenta. Les médecins qui avaient été appelés avaient si bien perdu tout espoir, qu'ils l'avaient décidée à prendre ses dispositions testamentaires. J'arrivai sur ces entrefaites, et dès mon entrée dans la maison, je sentis l'odeur de putréfaction qui provenait de la rétention du délivre. Arrivé au lit de la malade, je ne pus que constater la situation désespérée où elle était et partager l'opinion de mes collègues ; je me retirai fort malheureux. En chemin, il me vint à l'esprit que si l'on avait un doigt fort long et en fer mais flexible, on pourrait peut-être accrocher, dilacérer, fragmenter le placenta, mais enfin, l'avoir en totalité ou par portions. Les injections entraîneraient le reste. Je courus immédiatement chez M. Charrière père, homme excellent et très habile, et je lui soumis mon idée. En deux heures il avait transformé une sonde quelconque en *curette articulée* et en avait fait l'instrument que vous voyez; assurément, le type primitif n'était pas aussi perfectionné que celui-ci ; néanmoins il répondait aux nécessités du moment. Armé de cet appareil, je revins chez la femme, et immédiatement, je procédai à l'extraction du délivre. L'introduction de l'instrument, que je poussai *prudemment* jusqu'au fond de l'utérus, fut aisée, et, après avoir fléchi la cuiller, en retirant prudemment encore l'instrument, je sentis que j'accrochais le délivre, mais je ne le ramenai pas. Je n'avais fait que le traverser. N'importe, je répétai cinq ou six fois la manœuvre et ainsi je dilacérai le placenta que je ramenai par morceaux; puis je fis faire des injections d'eau tiède. On ne connaissait pas alors, la méthode antiseptique. Quinze jours après, cette femme, condamnée par ses médecins et par moi-même, était absolument rétablie et pouvait vaquer à ses occupations ordinaires. »

Et certes, je pourrais vous relater plusieurs observations analogues.

La conclusion de tout ce que nous venons de dire, la voici: Dans l'avortement, vous observerez deux espèces de cas, les

uns *communs*, les autres *très rares*. Dans les premiers de beaucoup les plus nombreux, il y a presque toujours décollement et toujours rétention du placenta. Dans les autres, pas de décollement, le placenta *continue à vivre*. Dans ces cas, extrêmement rares (j'en ai observé *trois* seulement en 45 ans), bien que continuant à végéter, la nutrition du délivre s'altère et au lieu de continuer à s'accroître, il s'atrophie. Un de ces placentas (de 4 mois 1/2), expulsé après 3 mois de séjour, sans odeur, n'avait guère plus de trois à quatre centimètres de diamètre. Il avait donné lieu à des hémorrhagies formidables que je ne parvins à arrêter qu'en enseignant à une fille très intelligente qui ne quittait la malade, ni jour ni nuit, à faire un tamponnement, en attendant ma venue. La malade, femme d'un diplomate étranger, avait été vue par Campbell et Depaul. Elle se rétablit, quitta la France. Je l'ai revue dix ans après, bien portante.

Un autre de ces délivres demeura 29 jours dans l'utérus, sans odeur. Les hémorrhagies se répétèrent à ce point, qu'appelé auprès de la femme le vingt-huitième jour, je ne la reconnus pas, bien qu'elle suivît mes cours depuis six mois, Celle-là fut un an à se rétablir.

Ma troisième observation a pour sujet la femme d'un officier de douane. Après une quinzaine de jours d'hémorrhagies continuelles, le placenta se détacha en partie, la portion détachée se putréfia. La malade mourut.

Dans tous les cas, *d'abord*, l'expectation est la règle, *ne rien faire tant qu'il n'y a pas d'odeur et arrêter les hémorrhagies*. S'il y a de l'odeur, cherchez à extraire le délivre par tous les moyens, sauf la violence. Si vous échouez dans l'extraction, faites des injections antiseptiques; mais rappelez-vous que le danger est considérable.

Quand le placenta n'est pas décollé, *quand il est vivant*, attendre. Mais, vous aurez à craindre des hémorrhagies à répétition; préparez-vous à appliquer le tampon et je vous conseille même d'apprendre, à une des personnes de l'entou-

rage de la femme, à l'appliquer, quitte à le réappliquer méthodiquement, vous-même, un peu plus tard (1).

Quand le délivre est décollé, attendre jusqu'à l'apparition de l'odeur et surtout, *ne jamais donner d'ergot*. Si vous donnez de l'ergot, vous causerez la mort de votre cliente.

P. Dubois disait : « Quand, à la suite d'un avortement, une portion du délivre fait saillie dans le vagin, gardez-vous de vouloir l'attirer avec les doigts. Vous risquez de déchirer la portion sortie et alors le travail de dilatation sollicité par ce corps étranger dans les orifices, cessera; l'utérus se refermera, emprisonnant l'arrière-faix et la femme est perdue. »

Sages paroles, Messieurs, que les jeunes impatients oublient trop.

Professeur PAJOT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE.

Par le Dr A. Pinard, Professeur agrégé, Accoucheur de Lariboisière,

Et H. Varnier, interne des hôpitaux.

I

NOTE SUR LE RÔLE DES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES ANCIENNES DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA RÉTROVERSION ET DE L'ENCLAVEMENT IRRÉDUCTIBLE DE L'UTÉRUS GRAVIDE.

En 1843, J.-Z. Amussat publiait dans le journal de chirurgie de Malgaigne (2) deux observations de rétroversion de l'utérus gravide dont l'une, l'observation II, avait trait à une *rétroversion au 3e mois de la grossesse avec adhérences de l'utérus au rectum.*

---

(1) On a proposé de curer l'utérus. J'accepterais, si l'on voulait m'enseigner le moyen de reconnaître le point occupé par le délivre.

(2) T. 1, p. 13.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans ayant eu déjà deux grossesses et deux accouchements heureux. Quinze jours après son dernier accouchement, cette femme, s'étant exposée au froid et à l'humidité, avait été prise d'une métro-péritonite dont elle avait guéri rapidement. Mais il lui en était resté une rétroversion de l'utérus causant des douleurs et de la pesanteur lombaires, des difficultés à aller à la garde-robe, etc.

Lorsqu'Amussat la vit elle était enceinte de trois mois et la rétroversion persistait; il essaya de remettre l'utérus en place. N'y parvenant pas malgré tous ses efforts, il rechercha quel pouvait bien être l'obstacle à la réduction. C'est alors qu'un examen attentif *lui fit sentir distinctement au fond du vagin, à gauche de la tumeur*, DES BRIDES *dans lesquelles le doigt s'accrochait*. Comme l'utérus était libre à droite, Amussat résolut d'agir de manière à le faire tourner du côté opposé à celui où existaient les adhérences, c'est-à-dire de droite à gauche. Ayant répété plusieurs fois et très énergiquement ces tentatives, en remontant l'utérus tout en lui faisant faire un mouvement de torsion, il parvint à remettre l'organe en place. Aucun accident ne suivit cette réduction. Huit ou dix jours après, la malade était tout à fait rétablie, et sa grossesse arriva heureusement à terme.

« *Peut-être*, ajoute Amussat, *ces brides* (signalées dans l'observation) *ne sont-elles pas si rares qu'on pourrait le croire*; je possède un dessin de rétroversion de l'utérus chez une femme adulte dans l'état de vacuité; *il y avait également des adhérences avec le rectum.* »

C'est sous ces apparences modestes que les adhérences utéro-rectales suite de métro-péritonite prirent rang dans l'étiologie de la rétroversion de l'utérus gravide.

Leur fortune fut des plus rapides. La même année, en effet, Amussat publie chez Baillière un *Mémoire sur la Rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse* où l'on peut lire, page 21 :

« Il est une cause de rétroversion sur laquelle nous devons

insister parce qu'elle nous paraît *très fréquente* et parce qu'elle n'a pas été signalée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur les déplacements de la matrice. Nous voulons parler des *adhérences qui s'établissent entre le fond de l'utérus et le rectum* à la suite d'une métro-péritonite, ce qui nous paraît être le cas le plus ordinaire.

« Si l'on se rappelle combien sont fréquentes la métrite et la péritonite à la suite des accouchements, on admettra sans peine qu'une inflammation de ce genre pourra, dans quelques cas, être suivie d'adhérences entre l'utérus et le rectum, soit d'un seul côté, soit des deux en même temps, et être la cause déterminante de la rétroversion. Nous avons constaté ce fait des adhérences plusieurs fois sur le cadavre. »

Or, si l'on cherche dans le mémoire d'Amussat les observations cliniques, les faits anatomo-pathologiques qui l'ont conduit ainsi, en l'espace de quelques mois, à insister sur cette cause de rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse qui lui paraît très fréquente, alors que dans son premier travail elle lui semblait seulement « n'être peut-être pas aussi rare qu'on pourrait le croire », on ne trouve que l'observation II déjà citée, pas une de plus.

Cela suffit néanmoins pour que, dès lors, tout auteur écrivant sur la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse se crût obligé de consacrer un chapitre spécial au rôle des adhérences utéro-rectales dans la production de ce déplacement, citant ou reproduisant toujours la même observation II d'Amussat.

De temps à autre cependant, quelques doutes s'élèvent sur la fréquence de cette cause de rétroversion de l'utérus gravide. Salmon (1863), Cailletet (1868), Herbet (1872) n'ont pu trouver que l'observation d'Amussat où les adhérences soient signalées.

Mais, tant il est difficile de réagir contre une idée consacrée par plusieurs générations médicales qui se sont copiées l'une l'autre, les brides utéro-rectales continuent, sur la foi d'Amussat, à figurer partout au chapitre étiologie.

En 1874, M. Bernutz, dans le rapport qu'il a présenté à l'Académie de Médecine sur le mémoire de Charles (de Liège) parle des « *adhérences péritonéales que l'observation moderne a démontrées être très fréquemment la cause des enclavements irréductibles.* ». Il reproche à l'auteur de n'avoir pas indiqué très nettement une solution pour les faits dans lesquels « non seulement les antécédents de la malade mais l'immobilité absolue du fond de l'utérus rétroversé ou rétrofléchi font croire, d'une manière à peu près certaine, qu'il existe des *adhérences inextensibles* qui rendront non seulement *inutiles* mais *dangereuses* les *tentatives de réduction* qui exigeraient une assez grande force. »

Faisant allusion, dans son mémoire édité seulement en 1878, à ce passage du rapport de M. Bernutz, Charles (1) concède que des adhérences, suites de pelvi-péritonite et unissant le fond de l'utérus avec le rectum, peuvent retenir l'organe en gestation au-dessous de la saillie sacro-lombaire si elles sont assez résistantes. « Mais, ajoute-t-il, contrairement à l'avis du savant professeur, *les adhérences sont signalées dans un petit nombre d'observations*, et, *dans les cas les plus graves*, *ce n'est pas elles*, mais bien le volume de l'utérus et l'inflammation des organes du petit bassin *qui ont rendu la réduction difficile.*

Et de fait, sur 135 observations que renferme son mémoire et qui, d'après M. Bernutz lui-même, constituent une collection complète qui contient sinon tous les faits de rétroversion utérine pendant la grossesse qui ont été publiés, du moins tous ceux qui peuvent servir à élucider un point quelconque de la question, on n'en trouve que *trois* dans lesquelles la rétroversion ait été *attribuée* aux *adhérences*.

Frappés de ces divergences, et à propos d'un cas observé par nous, nous avons fait, depuis un an et demi, des recherches sur ce sujet controversé, et nous n'avons pu recueillir

---

(1) Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse Paris. Delahaye 1878.

que les six observations qui suivent à l'appui de la théorie d'Amussat et de M. Bernutz.

OBSERVATION I.

(C'est celle d'Amussat rapportée plus haut). Rétroversion au troisième mois avec *adhérences* de l'utérus au rectum, *reconnues distinctement par le toucher* (suite de métro-péritonite après un accouchement antérieur). *Réduction* manuelle après plusieurs tentatives très énergiques.

Aucune réaction. Grossesse menée à bien.

OBSERVATION II.

(Hubert de Louvain in Charles. Mémoire cité, p. 93.)

Rétroflexion à quatre mois et demi de grossesse *attribuée à des adhérences siégeant transversalement à droite vers la cotyloïde* et *qui se sont probablement produites après le premier accouchement.*

Or, depuis lors, cette femme a eu quatre enfants tous vivants, et rien dans l'observation n'indique que l'expansion de l'utérus ait été génée en quoi que ce soit par les adhérences en question.

Ce n'est qu'à l'occasion d'une cinquième grossesse qu'elles produisent une rétroflexion! La *réduction* est obtenue par la méthode bipolaire non sans de vives résistances. Mort du produit de la conception qui n'est expulsé qu'au *neuvième mois.*

OBSERVATION III.

(Bernutz, in *Arch. de Tocol.*, 1875, p. 1.)

Deux accouchements antérieurs, suites de couches normales. — A deux mois et demi d'une troisième grossesse rétroversion type au premier degré, avec menaces d'enclavement, *attribuée* à des adhérences par pelvi-péritonite consécutive à une vaginite, huit mois auparavant.

Les adhérences n'ont pas été constatées. Si M. Bernutz est porté à eur attribuer la rétroversion c'est qu'il a vu souvent à Lourcine des rétroversions se produire sous ses yeux chez des femmes atteintes de vaginite avec retentissement sur le péritoine pelvien.

Traitement prophylactique.

« Le fond de l'utérus s'est d'abord un peu rectifié, puis le col est venu se mettre au centre du bassin, et une rétroflexion a été constituée;

puis le corps s'est de nouveau redressé; enfin, en exécutant un mouvement de circumduction en avant du promontoire, il est venu s'élever d'abord dans la fosse iliaque gauche pour passer ensuite dans la fosse iliaque droite quand le col utérin, d'abord abaissé, s'est porté en arrière et à gauche. Je tenais à vous faire assister jour par jour aux différentes phases de *l'évolution, je puis dire spontanée, par laquelle a disparu la rétroversion.* »

Observation IV.

(Bernutz. *Obs. XII de la thèse Combarieu* (1).)

Trois accouchements antérieurs; après le troisième, péritonite à la suite de laquelle la malade souffre pendant de longues années.

Nouvelle grossesse, avortement qu'un accoucheur affirme avoir eu pour cause une rétroversion. Nouvelle poussée de péritonite à la suite de laquelle il reste une rétroversion qui *paraît* à M. Bernutz due à l'existence de *brides interposées au fond de l'utérus* et qui deviennent douloureuses quand on essaye de faire basculer la matrice.

Nouvelle grossesse. *A deux mois* Bernutz constate la *persistance de la rétroversion.* Traitement prophylactique.

Réduction spontanée. A trois mois et demi de grossesse, le toucher fit constater que *la rétroversion n'existait plus.*

Observation V.

(Bernutz. *Obs. IX de la thèse Combarieu.*)

Les accidents se sont développés après une partie de campagne, à *deux mois et demi de grossesse; le fond de l'utérus en rétroflexion formait une tumeur globuleuse irréductible. L'avortement* qui suivit la tentative de réduction fit naître une *péritonite mortelle*, et *à l'autopsie je trouvai une bride fibreuse qui unissait le fond de l'utérus* et qui *était incontestablement de date plus ancienne que la fécondation.*

Observation VI.

(Bernutz. *Obs. X de la thèse Combarieu.*)

La seconde malade, qui entra une première fois dans mon service

(1) *Etude sur la pathogénie de la Rétroversion de l'utérus gravide.* Th. Paris, 1885.

pour un *avortement*, à la suite duquel je trouvai *l'utérus maintenu en rétroversion par les adhérences*, fut apportée *l'année suivante* en proie à tous les accidents de la *rétroversion de l'utérus gravide*. L'*avortement* eut lieu, la malade guérit, mais *conserva, après, sa rétroversion*.

En résumé, sur ces six observations, *deux seulement*, la 5e et la 6e, semblent démontrer le rôle des adhérences, suites de métro-péritonite, sur la production de la rétroversion et de l'enclavement irréductible de l'utérus gravide.

En admettant, que dans les quatre autres, les brides péritonéales, dont la présence a été plus ou moins constatée, aient été la cause du déplacement, elles n'ont pu réussir à empêcher la réduction, soit spontanée (obs. 3, 4), soit manuelle (obs. 1 et 2) de l'utérus rétroversé.

Nous nous croyons donc autorisés à conclure que :

1° Contrairement à l'opinion d'Amussat, les adhérences qui s'établissent entre le fond de l'utérus et le rectum, à la suite d'une métro-péritonite, ne paraissent pas être très fréquemment une cause de rétroversion de l'utérus gravide.

2° Contrairement à l'opinion de M. Bernutz, les adhérences suites de métro-péritonite, ne paraissent pas être très fréquemment la cause des enclavements irréductibles.

Comment, d'ailleurs, accorder cette proposition de M. Bernutz « que les adhérences sont très fréquemment la cause des enclavements irréductibles », avec cette autre du même auteur « que les changements imprimés aux organes pelviens par la gravidité tendent au contraire à faire disparaître le déplacement quand il existe ». « On ne peut en particulier, dit-il, incriminer le ramollissement des tissus qu'amène la gravidité, d'être une cause de rétroversion, parce qu'il tend non seulement à corriger les courbures et flexions congénitales ou acquises, *mais à rendre moins inextensibles les adhérences péritonéales* que l'observation moderne a démontrées être très fréquemment la cause des enclavements irréductibles (1). »

(1) Du reste si la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuite est fré-

Nous n'avons pas la prétention de nier l'influence de ces brides péritonéales péri-utérines, qui ont été signalées souvent, à l'état de vacuité, comme cause de déviation en arrière (1), sur la production de la rétroversion, et de l'enclavement irréductible de l'utérus gravide. Nous voulons seulement établir que l'importance et la fréquence de cette cause nous paraissent avoir été exagérées. Jusqu'à ce que des observations plus nombreuses et plus démonstratives aient été apportées à l'appui de la thèse d'Amussat et de M. Bernutz, nous continuons à penser avec Math. Duncan (2), Barnes (3), Spiegelberg (4), Tarnier (5), que lorsque la grossesse surprend un utérus ainsi fixé en rétroversion, les adhérences tendent à se ramollir, à s'atrophier et à se résorber pour laisser l'utérus reprendre sa direction normale (6).

Mais si les brides suite de métro-péritonite unissant l'utérus aux organes voisins, subissent pendant la grossesse ces modifications si curieuses, qui les rendent extensibles et les font disparaître, il ne paraît pas en être de même des adhérences péritonéales anciennes qui, sous une influence variable, peuvent s'établir dans certains cas, *en dehors de la zone utérine*, entre divers organes de la cavité abdominale. Il semble qu'il se passe ici quelque chose de comparable à ce qu'on observe

---

quente, les cas dans lesquels le fond de l'utérus est immobilisé sont très rares en dehors bien entendu de la période inflammatoire. Nous n'avons pour notre part rencontré encore aucun cas dans lequel il nous ait été impossible de faire remonter le fond de l'utérus à l'aide des doigts.

(1) Winckel. *Die Pathologie der weiblichen sexual organe*. Leipzig, 1881.

(2) Perimetritis and Parametritis. (A practical Treatise on). Edinburgh, 1869.

(3) R. et F. Barnes. Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, Trad. Cordes. Paris, 1886, p. 171.

(4) Spiegelberg. Lehrb. der Geb., 1878, p. 300.

(5) Traité d'accouchements.

(6) Voir sur ce sujet : Harris. Do close adhesions to the uterus and abdominal wall : the uterus, or its appendages, and adjacent parts within the pelvis : and betwen the uterus and omentum, complicate subsequent gestation and parturition. — *Amer. Journ. of Obst.*, vol. 13, 1880, p. 487.

pour les fibromes utérins. On sait que, pendant la grossesse, les fibromes sous-muqueux et interstitiels subissent souvent, outre une hypertrophie notable, un ramollissement très marqué, tandis que les fibromes sous-péritonéaux bien pédiculés, qui n'ont plus avec l'utérus que des rapports beaucoup moins intimes, échappent en général à cette hypertrophie et à ce ramollissement.

Que des brides péri-utérines, qui ont des connexions vasculaires étroites avec l'utérus, subissent l'atrophie et le ramollissement signalés par de nombreux auteurs, rien n'est plus naturel; tandis qu'il n'y a pas de raison pour que des *adhérences unissant l'épiploon*, *l'intestin et la vessie* entre eux ou à la paroi abdominale présentent des modifications semblables. On conçoit que, dans ces conditions, *ces adhérences formant une sorte de couvercle au niveau du détroit supérieur*, *puissent empêcher absolument l'ascension de l'utérus dans la grande cavité abdominale et produire son enclavement irréductible.*

C'est sur cette variété d'adhérences, dont le rôle nous paraît avoir été, jusqu'à présent, à peu près méconnu, que nous voudrions, dans cette note, attirer l'attention.

Voici cinq observations suivies d'autopsie, qui démontrent, de la façon la plus nette, l'influence de ces brides sur la rétroversion et l'enclavement irréductible de l'utérus gravide.

La première nous est personnelle; les quatre autres ont été publiées par Southey, Moldenhauer, Schatz et Blundell.

OBSERVATION VII. (Personnelle.)

G..., 21 ans, ménagère, entrée le 28 avril 1885, à l'hôpital Lariboisière. Service d'accouchements du Dr Pinard.

D'une bonne santé habituelle, réglée à 13 ans, toujours très régulièrement et sans douleurs, cette femme a eu, il y a deux ans, un premier enfant.

Aucune complication ne vint troubler sa grossesse. L'enfant, à terme, se présenta par le sommet; mais l'accouchement ne put être terminé que par une *application de forceps*. La délivrance fut suivie d'une hémorrhagie très grave. *A la suite de cet accouchemant, G...*

dut garder le lit pendant un mois, mais seulement, dit-elle, à cause d'une grande faiblesse; elle affirme qu'elle n'eut, pendant tout ce temps, ni fièvre, ni douleurs de ventre, ni troubles de la miction.

Dès qu'elle put se lever elle reprit ses occupations. Elle n'allaita pas son enfant et ses règles reparurent au bout d'un mois. Quatre mois après, au moment d'une des époques, survint une ménorrhagie abondante. Depuis lors, elle a toujours été très régulièrement réglée et n'a jamais éprouvé la moindre gêne dans le ventre, pas de troubles de la miction ni de la défécation.

Au mois de décembre 1884, elle cessa d'être réglée. Depuis lors, *jusqu'à ces derniers quinze jours*, elle s'est très bien portée et n'a rien ressenti d'anormal du côté du petit bassin. Elle assure qu'elle urinait bien, sans douleurs, que son urine, normale comme quantité était toujours claire. Les garde-robes régulières ne s'accompagnaient d'aucune douleur.

15 jours avant son entrée à l'hôpital, G..., à la suite d'une promenade un peu longue, ressentit pour la première fois des douleurs dans le bas-ventre et « comme une grosseur qui lui descendait du ventre. » A partir de ce moment, survint de la gêne dans la miction, gêne qui se montrait surtout la nuit. Il lui arrivait parfois, dit-elle, d'être obligée de faire des efforts pendant dix ou quinze minutes avant de pouvoir expulser son urine qui ne présentait d'ailleurs rien d'anormal. La miction n'était pas douloureuse.

Huit jours après le début de ces accidents, le jeudi 16 avril, sans cause appréciable, elle fut prise vers cinq heures du matin d'une *rétention complète d'urine* qui persista toute la journée. Un médecin appelé le soir pratiqua le cathétérisme sans prendre aucune précaution antiseptique, et retira de la vessie une grande quantité d'urine. Le lendemain il fallut de nouveau avoir recours au cathétérisme puis, sur le conseil d'une sage-femme qui craignait un avortement (?), on cessa de sonder la malade.

A partir de ce moment, G... éprouva de vives douleurs dans le ventre, eut des vomissements verdâtres très fréquents et n'urina plus que par regorgement et sous l'influence des efforts de vomissement.

En présence de ces symptômes, le médecin, après avoir constaté la présence d'une tumeur dans le vagin et diagnostiqué une rétroversion de l'utérus gravide, *essaya, à deux reprises, de réduire la tumeur, mais sans pouvoir y réussir*. Ces tentatives, au dire de la patiente, n'ont pas aggravé son état,

23 *avril*. La malade se voyant à bout de ressources, se décide à entrer à l'hôpital Lariboisière dans le service du professeur Bouchard. Notre ami Chantemesse, après avoir diagnostiqué une rétroversion de l'utérus gravide, pratique le cathétérisme vésical qui donne issue à une grande quantité (2 bassins) d'urine trouble, à odeur fortement ammoniacale renfermant un peu d'albumine. L'état de la malade à son entrée était le suivant : facies amaigri et congestionné, ventre ballonné, pas très douloureux. Température 40° le soir. Le lendemain matin 39°, le soir 40°.

Des injections faites trois fois par jour avec une solution d'acide borique à 3 0/0 n'amenèrent que des modifications insignifiantes dans l'état des urines. A partir du troisième jour la température du matin revint à la normale, mais le soir du cinquième jour elle atteignait encore 39°.

Le 28, cinq jours après son entrée dans le service du professeur Bouchard, *la malade fut transférée dans le service de M. Pinard.*

L'examen pratiqué le jour même révèle les particularités suivantes:

Femme amaigrie, pâle. P. 90. T. 38°.

Le ventre est développé un peu irrégulièrement dans la région sous-ombilicale.

Sur la ligne médiane on voit et on sent une tumeur élastique, fluctuante, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur disparaît lorsqu'on pratique le cathétérisme qui donne issue à environ 300 grammes d'urine trouble, sanguinolente, à odeur infecte.

La vessie étant vidée on constate à la percussion, au-dessus du pubis et au niveau des fosses iliaques, une zone de matité surtout marquée à droite où elle remonte à environ trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, et limitée à sa partie supérieure par une ligne courbe irrégulière à convexité supérieure.

Le palper est douloureux au niveau de l'hypogastre, mais surtout au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on perçoit, outre un frottement péritonéal très net, une tumeur qui paraît sortir du petit bassin. Elle est très superficielle, molle, fluctuante, assez nettement limitée à sa partie supérieure qui correspond à la limite de la zone mate. Elle ne durcit pas sous la main.

La compression exercée sur cette tumeur ne détermine pas d'envie d'uriner et *arrête* au contraire *le jet de l'urine lorsqu'on l'exerce pendant le cathétérisme.*

Lorsqu'on cherche à palper plus profondément on détermine des douleurs très vives; les muscles de la paroi abdominale se tendent et rendent l'exploration impossible.

Par le toucher vaginal on rencontre immédiatement une tumeur sphérique qui remplit la moitié postérieure de l'excavation, est située exactement sur la ligne médiane et efface le cul-de-sac postérieur; elle est régulière, élastique, non fluctuante, on la sent se durcir à certains moments sous le doigt. Il est impossible de la mobiliser.

Les culs-de-sac latéraux sont libres.

Au niveau du cul-de-sac antérieur, très profond, on sent, un peu à gauche de la ligne médiane, étroitement appliqué contre la face postérieure du pubis, le col de l'utérus légèrement ramolli; l'orifice externe circulaire est un peu entr'ouvert.

La face postérieure du col ne paraît pas se continuer avec la tumeur qui occupe le cul-de-sac postérieur et à laquelle les mouvements imprimés au col ne sont pas transmis.

Lorsqu'on combine le palper abdominal avec le toucher on sent, au niveau du cul-de-sac latéral droit, la tumeur que nous avons dit occuper la fosse iliaque du même côté. On ne perçoit pas à ce niveau de fluctuation, pas plus que lorsque, appliquant le doigt vaginal sur la tumeur de l'excavation, on déprime en même temps la tumeur de la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal montre que la tumeur qui occupe la partie postérieure de l'excavation efface complètement le calibre du rectum. Il n'existe cependant et il n'a existé à aucune époque ni gêne ni douleur lors de la défécation.

M. Pinard croyant sentir, en combinant le palper au toucher, le corps de l'utérus non développé et rejeté vers la fosse iliaque gauche, s'appuyant d'autre part sur la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur à laquelle ne sont pas transmis les mouvements imprimés au col, et sur l'existence des signes de pelvi-péritonite signalés plus haut, émet, sous réserve d'un examen ultérieur plus approfondi sous le chloroforme, l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine abdominale, le kyste fœtal occupant en partie le cul-de-sac de Douglas et en partie la fosse iliaque droite. Il fait remarquer toutefois que la marche des accidents est tout à fait en faveur de la rétroversion de l'utérus gravide.

M. le professeur Tarnier, qui voit la malade le lendemain, fait le diagnostic de rétroversion partielle de l'utérus gravide qui, après

avoir comblé l'excavation, continuerait à se développer dans la cavité abdominale.

La malade est tenue en observation pendant quelques jours et on s'occupe surtout de combattre la rétention d'urine et la cystite purulente. Le cathétérisme est répété toutes les trois heures avec une sonde d'argent flambée et maintenue constamment dans une solution de biiodure de mercure à 1 pour 2000. Chaque fois on fait une injection avec la solution boriquée à 3 0/0. Lorsque la solution revient claire on en laisse une petite quantité dans la vessie.

Ce traitement n'amène aucune modification dans les caractères des urines, qui restent épaisses, troubles, très ammoniacales et laissent déposer une grande quantité de pus. *Il est d'ailleurs très difficile d'évacuer le contenu de la vessie. A chaque instant l'écoulement s'arrête. Ce n'est parfois qu'après une dizaine de minutes de tâtonnements qu'on arrive à faire ressortir le liquide de l'injection* ; *les pressions légères sur l'hypogastre arrêtent également le jet de l'urine.*

Le ventre reste très douloureux à la pression malgré l'application continue de glace. La malade vomit presque tout ce qu'elle prend. Il n'y a pas de fièvre, pas de frissons.

Le 6 mai les douleurs sont plus fortes et les vomissements plus fréquents. Le ventre est un peu ballonné.

Le cathétérisme, pratiqué toutes les 3 heures et suivi d'injections avec la solution boriquée, est très pénible, *l'évacuation du contenu de la vessie, difficile et intermittente. L'urine renferme une notable quantité de sang*. Durant toute cette journée il n'y a ni frissons, ni fièvre.

L'hématurie cesse dans la nuit.

Le 7 au matin l'état de la malade s'est un peu amélioré, le ventre est moins ballonné, moins douloureux, pas de vomissements depuis hier soir. Température normale.

Cathétérisme toutes les trois heures; lavages. L'urine est trouble, très fétide, mais non sanglante.

Pendant l'après-midi, sans qu'aucun symptôme nouveau pouvant faire songer à une perforation vésicale soit survenu du côté du ventre, qui paraît, au contraire, moins douloureux et plus plat que d'ordinaire, la malade tombe brusquement dans le *collapsus* : refroidissement des extrémités, cyanose, pouls petit à 130, 40 respirations par minute. Vomissements continuels.

D'heure en heure la faiblesse et l'émaciation s'accentuent. Le soir,

à la contre-visite, on constate un *érythème généralisé, surtout marqué aux membres du côté de l'extension, sur la poitrine et sur la face.* Par places il est très nettement *marginé;* autour d'une vésicule du volume d'une tête d'épingle on trouve un cercle rouge étroit, séparé de la vésicule centrale par une couronne de peau saine. Au niveau de la face antérieure des genoux, à la face interne des cuisses et au niveau des fesses, existent de larges plaques rouges irrégulières.

L'éruption s'efface sous le doigt, sauf en certains points, où elle a un caractère *pétéchial* nettement accusé.

La malade, qui a toute sa connaissance, ne ressent aucune démangeaison. Elle est apyrétique. Pouls 130, respirations 40. Elle répond bien mais très faiblement aux questions qu'on lui pose et dit qu'elle ne souffre plus.

Le cathétérisme ramène chaque fois environ 200 grammes d'urine. *On éprouve toujours les mêmes difficultés à évacuer les liquides contenus dans la vessie.*

L'état s'aggrave encore pendant la nuit.

Le 8 au matin, l'éruption a beaucoup pâli; elle a perdu le caractère marginé qu'elle présentait hier ; au niveau de la face dorsale des avant-bras existent des plaques violacées à contours irréguliers ne s'effaçant pas sous le doigt.

La malade a toujours sa connaissance; mais elle s'affaiblit de plus en plus. Pouls insensible. Respiration haletante. Vomissements incessants.

En pratiquant le cathétérisme, bien qu'on sente par le palper la vessie distendue, on ne peut extraire que quelques gouttes d'urine sanguinolente. *On injecte une seringue de solution boriquée, il revient à peine un peu de liquide. Il semble qu'il y ait au niveau du col vésical un clapet,* fausse membrane ou caillot, *qui s'applique sur les yeux de la sonde.* On ramène à l'extrémité de celle-ci des *débris pseudo-membraneux.*

Le toucher vaginal permet de constater que rien n'est modifié du côté du petit bassin. On introduit aisément dans l'utérus d'abord une sonde en gomme, puis l'hystéromètre, qui pénètre jusqu'à la garde et paraît se diriger directement en haut et un peu à gauche. Cette manœuvre ne donne lieu à aucun écoulement.

La malade meurt à midi.

Autopsie, 24 heures après la mort. — La paroi abdominale est in-

cisée crucialement. On éprouve une certaine difficulté à la diviser dans la région sous-ombilicale sans lever *la vessie* qui, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, *est rattachée à la face profonde de la paroi abdominale par de nombreuses adhérences très vasculaires*, peu épaisses mais *très résistantes.*

La vessie, du volume d'une tête de fœtus à terme, empiète sur les deux fosses iliaques, surtout à droite. Elle refoule dans la région ombilicale et sus-ombilicale l'intestin grêle, qui présente une coloration hortensia, mais dont les anses ne sont en aucun point agglutinées ni recouvertes de fausses membranes récentes ; à droite, elle repousse le cæcum. *Le grand épiploon* est tassé dans le flanc et la fosse iliaque gauches, et *rattaché à la partie postéro-latérale gauche de la vessie* par *des adhérences anciennes, fibreuses, qu'on ne peut déchirer.*

La surface externe de la vessie est sillonnée de vaisseaux très développés. Ses parois sont dépressibles, molles. Le cathétérisme donne issue à environ 200 grammes d'urine trouble et fétide. Cependant *la vessie, bien que complètement vidée* par ce cathétérisme, *revient à peine sur elle-même, maintenue qu'elle est* PAR LES ADHÉRENCES PARIÉTALES ANCIENNES DÉJA SIGNALÉES. En palpant la paroi vésicale on sent à droite une induration du volume d'une noix, due en partie à l'épaississement du péritoine, en partie à l'hypertrophie de la paroi. C'est probablement cette induration qui pendant la vie donnait à l'examen la sensation d'une tumeur occupant la fosse iliaque droite. *La vessie ainsi maintenue dans cet état anormal de distension par ses adhérences avec la paroi abdominale antérieure et par les fausses membranes larges, lamelleuses, très vasculaires, développées en forme d'ailes de chauve-souris, qui la rattachent d'une part au cæcum, de l'autre à l'épiploon, dérobe complètement à la vue l'utérus et ses annexes. Elle oppose à l'ascension de l'utérus un obstacle insurmontable, et il est impossible en introduisant la main dans le vagin de détruire l'enclavement de la matrice.*

On sectionne les adhérences périvésicales. La vessie se laisse alors assez facilement renverser en avant et l'on aperçoit en arrière et au-dessous d'elle, plongeant dans le petit bassin, l'utérus en rétroversion atteignant le volume d'une tête de fœtus à terme et renfermant un produit de conception. Il existe à peine quelques petites adhérences récentes entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus.

L'excavation ne renferme pas de liquide; les annexes de l'utérus sont très vascularisés et recouvertes de fausses membranes peu résistantes, non vasculaires. Il n'existe pas d'adhérences entre l'utérus et le rectum.

En introduisant deux doigts dans le vagin on essaye de nouveau de désenclaver l'utérus, et on y arrive sans difficulté cette fois. Le col revient au centre du vagin.

On enlève alors l'arc antérieur du bassin. La vessie et l'utérus sont extraits en masse.

La vessie est incisée sur la ligne médiane antérieure; sa paroi est épaissie et crie sous le scalpel. *Le bas-fond et le col sont recouverts par une membrane d'un gris noirâtre, complètement détachée et libre dans la cavité vésicale, ressemblant à un chiffon mouillé.*

Cette membrane, étalée sur la table d'autopsie, présente des contours très irréguliers et un orifice ovalaire de la largeur d'une pièce de cinq francs en un point de sa surface. Elle mesure 10 centimètres de long sur 7 à 8 centimètres de large. Son épaisseur, assez uniforme, est de 2 à 3 millimètres.

L'une de ses faces est lisse, luisante, rappelant assez l'aspect de la muqueuse de certains estomacs altérés à l'autopsie, elle présente des traînées rougeâtres, des arborisations irrégulières dont les unes sont noirâtres, les autres rouges.

L'autre face est tomenteuse, de coloration rosée, un peu réticulée, et semble s'engrener avec la face interne de la vessie au niveau de laquelle la muqueuse paraît faire défaut. La paroi vésicale est tomenteuse, de coloration rosée, très vascularisée. Cette membrane n'a pas d'odeur fétide. Elle est résistante et on ne parvient que difficilement à la déchirer (1).

Outre ces lésions de la vessie il existait des altérations très marquées des reins.

Les uretères et les bassinets sont dilatés; la dilatation est plus marquée du côté droit.

Le rein gauche pèse 130 grammes; il est un peu diminué de volume dans tous ses diamètres. Sa capsule se détache facilement;

---

(1) L'examen histologique fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par Clado a montré que cette membrane était la muqueuse vésicale sphacélée. Les coupes seront décrites et figurées dans la seconde partie de ce mémoire.

la substance sous-jacente n'est pas granuleuse. Elle est gris blanchâtre, comme dans les cas où le rein est atteint de dégénérescence graisseuse; sur une coupe verticale on constate que le bassinet est dilaté, mais il ne renferme pas de pus. Pas de dilatation appréciable des calices. On trouve dans toutes les veines du rein, aussi bien dans les branches principales que dans celles de la zone intermédiaire, des caillots fibrineux non adhérents aux parois. La substance corticale et la substance médullaire se différencient difficilement; toutes les deux sont un peu blanchâtres. La substance corticale paraît diminuée d'épaisseur.

Le rein droit, beaucoup plus volumineux que le gauche, pèse 210 grammes. L'uretère, dilaté, a 8 millimètres de diamètre. Le bassinet est un peu distendu, les calices ne sont pas dilatés, mais la muqueuse présente une teinte ecchymotique, surtout dans la portion la plus rapprochée du bassinet. De même qu'à gauche on trouve des caillots fibrineux dans toutes les veines. La substance corticale est blanche, d'épaisseur normale. Les pyramides sont congestionnées.

La capsule s'enlève facilement, mais en quelques points elle arrache la parenchyme sous-jacent; la surface extérieure du rein est lisse, parsemée de nombreuses irradiations vasculaires, qui lui donnent l'apparence d'une mosaïque.

L'utérus sain d'apparence est incisé sur la ligne médiane antérieure. La paroi présente partout la même épaisseur.

L'œuf est intact et on l'énuclée aisément; il renferme un fœtus d'environ quatre mois pesant 250 grammes, mesurant 22 centimètres de long et dont la tête est en rapport avec le segment inférieur. Le placenta inséré sur la paroi postérieure pèse 100 grammes. Le col de l'utérus mesure 4 centimètres et demi.

L'ovaire gauche renferme un corps jaune de la grosseur d'un haricot.

Le foie paraît gras.

Les autres organes paraissent sains.

OBSERVATION VIII.

Adhérences péritonéales anciennes empêchant l'ascension de l'utérus dans la cavité abdominale au quatrième mois de la grossesse; Cystite, rétention d'urine, distension de la vessie, gangrène, perforation. Mort de péritonite généralisée. (Dr Southey. *The Lancet*, 6 mai 1871, p. 610.)

M... (Lydia), 16 ans, bien développée, de bonne complexion, se présente pour entrer à Saint-Bartholomew's hospital, le 23 mars.

Les seins augmentés de volume présentent une aréole bien marquée, telle qu'on l'observe vers le quatrième mois de la grossesse. L'abdomen est très distendu, plein, douloureux et mat à la percussion jusqu'à environ deux pouces au-dessus de l'ombilic.

La malade raconte qu'elle est malade depuis environ quinze jours, qu'elle ressent des douleurs de reins et a de temps en temps des frissons. Depuis ce temps elle est constipée et les efforts qu'elle fait pour aller à la selle angmentent ses douleurs. Au début elle avait de fréquents besoins d'uriner, mais la miction était difficile ; depuis cinq jours elle souffre d'une rétention complète d'urine.

Ce matin et hier elle a uriné un peu, mais involontairement.

Le 21 mars elle a pris un purgatif qui a produit peu d'effet.

Quant à son histoire antérieure, elle avoue qu'elle a depuis peu mené une vie dissolue, mais elle ne croit pas être enceinte. Ses règles ont été irrégulières depuis quelques mois. Elle affirme qu'elle est malade depuis quinze jours, époque à laquelle elle a ressenti quelques douleurs en prenant un bain et en se lavant avec de l'eau chaude pour faire revenir ses règles.

Un cathéter élastique, introduit dans la vessie avant le transport de la malade dans la salle, donne issue à six pintes d'urine alcaline et trouble.

Il y a 15 mois elle a été soignée pour une « fièvre gastrique. »

Elle a la face congestionnée, la langue rouge, dépouillée, sèche. Température 100 ; pouls 140, très faible ; respirations 30.

Les organes génitaux externes sont tuméfiés, de coloration livide. L'orifice de l'urèthre est porté en haut et en arrière ; la paroi postérieure du vagin est prolabée et fait saillie au dehors entre les lèvres.

L'utérus est augmenté de volume et fortement rétrofléchi. L'orifice utérin est élargi et assez entr'ouvert pour admettre le bout du doigt. L'organe tout entier, bien qu'il ne soit pas plus volumineux que ne semble l'indiquer l'âge de la grossesse calculé d'après les autres

signes, est tellement dévié de sa situation normale, que le fond se trouve entre le coccyx et l'orifice du col, juste au-dessous de la symphyse pubienne.

Le rectum contient des matières dures. Il existe un écoulement vaginal légèrement purulent.

C'est la luxation du fond de l'utérus en arrière qui a raccourci le vagin et amené le prolapsus de la paroi postérieure.

Le Dr Southey prescrit un lavement avec du lait pour vider le rectum ; il recommande de pratiquer de nouveau le cathétérisme dans la soirée dans le cas probable où la vessie ne recouvrerait pas assez de tonicité, après une distension si considérable, pour expulser son contenu. Diète lactée. Toutes les six heures, citrate de potasse avec dix gouttes de laudanum.

A 9 heures du soir selle copieuse; trois pintes d'urine albumineuse fortement colorée sont retirées sans difficulté à l'aide de la sonde. La patiente se trouve mieux.

24 mars. Pouls 96, température 99. La malade a un peu dormi; elle ne se plaint pas beaucoup sinon lorsqu'on la remue. Elle est couchée tranquillement sur le dos, les jambes relevées. Soif vive. La langue est encore rouge et a une tendance à la sécheresse. La vessie est de nouveau distendue et remonte au voisinage de l'ombilic. On éprouve de grandes difficultés à introduire le cathéter, car la paroi postérieure de l'urèthre est dans un état tel que l'instrument, au lieu de pénétrer dans la vessie, passe par le vagin. Cependant, M. Savory, dont on a réclamé l'assistance, réussit à introduire un gros cathéter à prostate dans la vessie et à retirer, vers 2 heures de l'après-midi, quatre pintes d'urine. Le cathéter est laissé à demeure dans la vessie et maintenu par des cordons passés autour du tronc et des cuisses.

9 heures soir. Pouls 120, temp 101. Le cathéter ne cause pas beaucoup de gêne; l'urine s'écoule constamment. La patiente continue à prendre son laudanum. Elle prend des aliments liquides. Soif excessive.

25 mars, 9 heures du matin. Pouls 120, température 102. La malade a passé une nuit sans sommeil. La vessie est vidée et le cathéter enlevé. *Le Dr Greenhalgh, qui voit la malade en consultation avec le Dr Southey, est d'avis de faire une tentative pour remettre l'utérus en place.* On fut obligé de donner du chloroforme. *L'utérus fut alors redressé* et un pessaire à air introduit dans le vagin et gonflé dans le but de maintenir la réduction et de faire disparaître la pression exer-

cée par le col sur l'urèthre. Malheureusement cette tentative fut rendue vaine par un effort d'expulsion que fit la malade en revenant à elle, effort qui repoussa le pessaire au dehors.

A 11 heures du matin, grand frisson ; à 3 h. 1/2 de l'après-midi, comme il n'y avait pas eu de miction depuis l'enlèvement du cathéter à 9 h. du matin, ont eut de nouveau recours à M. Savory pour sonder la malade.

26 mars, 9 heures du matin. Pouls 120, température 100,2. La vessie est vidée. La malade a bien dormi ; mais elle se plaint de douleurs généralisées à tout l'abdomen. Les membres inférieurs sont fléchis. La langue est rouge mais humide. La malade s'est trouvée mal deux ou trois fois, vomissant un liquide bilieux verdâtre. De temps en temps elle a du hoquet.

8 h. 30 du soir. Pouls 140, température 100,4. Trois pintes d'urine albumineuse, alcaline, fortement colorée, sont retirées par le cathétérisme.

La patiente se plaint que le cathéter lui cause de la douleur ; il lui semble qu'il veut percer la vessie. C'est pourquoi il est enlevé.

Après une nuit sans sommeil elle est prise à 8 heures du matin, le 27, d'une douleur subite et aiguë dans le ventre et pendant quelques instants elle ne peut se tenir dans son lit. Son pouls devient très rapide et à peine perceptible ; les genoux sont repliés sur l'abdomen.

Elle ne tarde pas à tomber dans le collapsus ; la respiration devient accélérée, le facies hippocratique. La mort survient à 1 heure de l'après-midi.

Les notes recueillies à l'*autopsie*, faite 24 heures après la mort par le Dr Gee, sont les suivantes :

Seins volumineux avec une large aréole brune.

A l'ouverture de l'abdomen, le cul-de-sac antérieur du péritoine ne descend pas sur la face antérieure de la vessie à plus de trois pouces au-dessus du pubis.

Le fond de la vessie, le cæcum, la partie inférieure du petit intestin, le fond de l'utérus, l'S iliaque et le bord inférieur de l'épiploon sont unis ensemble par de très vieilles adhérences. Le reste du péritoine présente des traces d'inflammation récente. En rompant les vieilles adhérences on trouve une sorte de cavité, en arrière de la vessie et au-dessus de l'utérus, qui contient un liquide trouble et brunâtre. Cette cavité communique avec la vessie par une ouverture gangréneuse

occupant la paroi postérieure de l'organe. La vessie est très grande et ses parois sont épaisses.

La membrane muqueuse est fortement injectée, et présente de grandes plaques de gangrène intéressant toutes ses couches.

La vessie est attirée en haut et en arrière par le développement et la déviation de l'utérus au fond duquel adhère intimement sa partie inférieure ; une perforation gangréneuse, déjà mentionnée, ayant environ la largeur d'une couronne, communique avec la cavité circonscrite décrite plus haut.

Le col de la vessie est très allongé et un orifice gangréneux creusé dans sa paroi postérieure s'ouvre dans le vagin au niveau de la paroi antérieure.

Les uretères et les bassinets des deux reins sont considérablement dilatés ; leur membrane muqueuse n'est pas injectée ; la capsule des reins est très épaisse. Des plaques d'apparence gangreneuse se rencontrent au sommet des pyramides.

L'utérus est ovoïde, et son orifice situé au niveau du point d'union de la face inférieure avec l'antérieure ; il est entr'ouvert, laissant pénétrer l'extrémité du petit doigt dans une étendue de 3/4 de pouce. Au-dessus de ce point est un bouchon muqueux. L'utérus contient un fœtus mâle d'environ quatre mois. *La cavité pelvienne est complètement remplie par l'utérus et le rectum très comprimé.*

Les autres viscères sont sains.

Réflexions : *Southey fait observer que les adhérences résistantes trouvées sur les bords du bassin,* AU DESSUS DE L'UTÉRUS ET DERRIÈRE LA VESSIE, *étaient de date ancienne ; elles pourraient peut-être bien remonter à une péritonite limitée, produite sous l'influence de la fièvre gastrique ou typhoïde, que cette fille disait avoir eue quinze mois auparavant.*

Mais ce qui n'est pas douteux, c'est que ces adhérences se sont opposées au développement de l'utérus dans la direction normale et doivent avoir empêché son ascension, dans la cavité péritonéale.

L'utérus, augmentant de volume, a comprimé le rectum et la vessie, et quand son fond s'est renversé en arriére, le col et le museau de tanche ont été reportés en avant, immédiatement au dessous de la symphyse pubienne ; peut-être la pression

exercée par ces organes sur l'urèthre et le col de la vessie, est-elle la cause de la décomposition de l'urine retenue et de la cystite, pour laquelle la malade est venue consulter. La rétention complète et l'énorme distension de la vessie ont amené un allongement considérable de son col, et en vertu des adhérences anciennes, reliant le bas-fond de la vessie et le fond de l'utérus, lorsque la vessie s'est laissée distendre et s'est développée dans la cavité abdominale, la rétroversion de l'utérus en a encore été augmentée.

Le ramollissement, la gangrène de la membrane muqueuse du col s'étaient étendus à l'urèthre et au méat, ce qui explique les difficultés du cathétérisme pendant les 48 dernières heures.

La péritonite terminale a été sans doute causée par le passage d'une certaine quantité d'urine, d'abord par la gangrène du fond de la vessie dans la petite cavité circonscrite par les adhérences anciennes, puis enfin dans la grande cavité péritonéale.

Obervation IX.

(Moldenhauer. *Arch. f. Gynæk.*, *t.* 6.)

Jager, 33 ans, toujours bien réglée et bien portante. Sept accouchements normaux, un avortement.

Cette femme a eu ses règles, pour la dernière fois, au commencement de juin; depuis le commencement de septembre la miction est difficile; en huit jours survient une rétention complète.

Un médecin appelé vide la vessie, reconnaît une rétroflexion de l'utérus gravide et essaye, à plusieurs reprises, la réduction, mais sans succès. Il pratique alors le cathétérisme deux fois par jour, espérant qu'en continant à se développer, l'utérus finira par sortir du petit bassin.

La malade maigrit, perd l'appétit, et devient si faible qu'elle ne peut plus quitter le lit; son médecin se décide, au bout de six semaines, à l'envoyer à la Clinique.

A l'entrée, le 9 octobre, J... est dans un état très grave; la faiblesse et l'émaciation sont considérables. La température est normale, le pouls petit et accéléré.

Le bas-ventre est modérément distendu par une tumeur qui atteint

presque l'ombilic ; cette tumeur est mate, de consistance molle, douloureuse à la pression.

On retire, par le cathétérisme, environ cent grammes d'urine, à odeur fortement ammoniacale, trouble, floconneuse. On constate aussitôt après que la tumeur ne s'élève plus qu'à mi-chemin de l'ombilic ; on avait donc affaire à la vessie distendue. Bien que le cathéter soit dirigé en différents sens, on ne peut arriver à vider complètement la vessie. A la fin du cathétérisme, il s'écoule du liquide muco-purulent, dans lequel nagent des détritus gangreneux et si épais qu'il franchit avec peine la lumière de la sonde.

Au toucher, le doigt rencontre immédiatement une tumeur élastique, molle, qui remplit presque tout le petit bassin et descend jusqu'à l'entrée du vagin. Ce n'est que tout à fait derrière la symphyse que l'on peut faire pénétrer le doigt qui trouve, à la partie antéro-supérieure de la tumeur, la portion vaginale du col, sous forme d'un moignon très court. On avait donc affaire à une rétroflexion de l'utérus gravide, avec compression de la vessie et cystite consécutive. *La réduction fut tentée immédiatement, en plaçant la malade dans la position genu pectorale.*

La femme se trouve très soulagée ; les jours qui suivirent il y eut de l'incontinence d'urine, puis la miction se fit normalement ; les urines étaient encore un peu modifiées.

Dans la nuit du 15 au 16 octobre, la patiente expulsa très aisément un fœtus vivant de 32 centimètres de long.

L'utérus redressé avait repris sa situation normale.

Dans la journée du 16 survinrent des vomissements fréquents ; la malade tomba dans le collapsus ; le pouls était petit et accéléré, la température normale.

Elle mourut le 17 au matin.

Autopsie. — Les organes thoraciques sont sains.

La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide et ne présente pas de traces d'inflammation récente.

Le côlon ascendant et le côlon transverse sont dilatés. De ce dernier naît une FAUSSE MEMBRANE ÉPAISSE, *de la largeur de la main, qui descend s'attacher étroitement au sommet de la vessie.*

Derrière cette membrane sont les anses de l'intestin grêle, qui sont par places étroitement unies à la vessie. Cette dernière est plus grande qu'à l'état normal, et sa paroi postérieure est parcourue par un réseau veineux abondant et élégant.

Il résulte de la disposition que nous venons de décrire qu'il est impossible de voir dans le petit bassin; il est évident aussi qu'une tumeur, sortant du petit bassin, devait rencontrer une résistance insurmontable au niveau de ces adhérenees, qui constituent, au-dessus d'elle, un véritable PONT.

Après enlèvement de l'obstacle, on aperçoit l'utérus de la grosseur du poing, EN RÉTROVERSION DANS LE PETIT BASSIN. Sauf cela il est normal.

L'intérêt capital de l'observation réside dans la vessie.

Au moment de l'ouverture du ventre, la paroi antérieure de la vessie avait été blessée et une petite quantité de liquide trouble s'était échappée. Une tentative faite pour évacuer complètement l'urine par le cathétérisme échoua.

En faisant une ouverture plus large on aperçoit, dans la vessie notablement dilatée, *un sac de la grosseur d'une tête de fœtus*, de couleur grisâtre, formé par la muqueuse vésicale gangrenée et détachée avec une partie de la musculeuse.

Ce sac est, dans son segment inférieur, complètement détaché du fond de la vessie et baigné tout autour par l'urine, tandis que, à son sommet, il est encore adhérent à la paroi supérieure du réservoir. Au niveau du col le décollement n'est pas complet; on y retrouve des restes de la muqueuse, sous forme de plaques gangrenées.

Il n'existe au sac qu'une perforation au niveau du col vésical.

L'épaisseur de la paroi du sac atteint 3 à 4 millimètres; sa face interne est rugueuse et comme incrustée de sels, la face externe est lisse.

L'examen microscopique ne montre aucun épithélium; mais des fibres musculaires lisses, de telle sorte qu'on doit admettre, qu'avec la muqueuse, une partie de la musculeuse a été comprise dans le processus gangreneux.

L'espace fonctionnant encore, comme réservoir de l'urine, a une paroi gris noirâtre, très friable, qui est pourtant renforcée par les adhérences aux organes voisins.

Les uretères ne sont pas énormément dilatés; les reins sont très congestionnés, surtout au niveau des pyramides. Les bassinets sont dilatés; les autres organes de l'abdomen sont parfaitement sains.

Moldenhauer fait précéder son observation de la note suivante : Il y a quelques temps, nous avons pu observer à la

clinique un cas de rétroflexion de l'utérus gravide qui, tant *au point de vue étiologique* qu'au point de vue de son influence sur la vessie, présente un grand intérêt.

On sait que la production d'une inflammation qui fixe le fond de l'utérus à la paroi postérieure du bassin, lorsque survient une grossesse empêche l'ascension spontanée de l'utérus dans la cavité abdominale et oppose une résistance insurmontable à la reposition de l'organe ; *mais que le même effet puisse être produit par de* VIEILLES INFLAMMATIONS *qui se sont produites en dehors du petit bassin, c'est ce que nous apprend la première l'observation rare de Schatz*, publiée dans le premier volume des Archiv. für gynaek.

Notre cas est une nouvelle preuve à l'appui de ce mode de production de la rétroflexion de l'utérus gravide, et il est digne de remarque que *non seulement la cause du déplacement*, mais encore l'influence exercée par ce déplacement sur la muqueuse vésicale sont *identiques à ce qu'a decrit Schatz.* »

Cette note ne laisse aucun doute sur l'ancienneté des adhérences rencontrées à l'autopsie, ancienneté non signalée dans l'observation.

L'observation de Schatz, à laquelle il est fait allusion ici, est la suivante :

OBSERVATION X.

(Schatz. *Arch. f. Gynæk.*, t. 1, 1870, p. 469).

Mathes, 35 ans, toujours bien portante.

De 24 à 32 ans, quatre accouchements modérément difficiles; quatre garçons. Suites de couches toujours normales. Entre la première et la seconde grossesse, il se développa un prolapsus de la grosseur du poing, pour lequel elle n'a jamais consulté de médecin, ni porté de bandage. Dernier accouchement en juillet 1866. Dernières règles fin juillet 1869. A la fin d'octobre, tout à coup, en portant un lourd baquet de lessive, douleurs dans le ventre, puis douleurs vésicales dont jusque-là la malade n'avait jamais souffert. Pendant une semaine, parait-il, elle eut de la rétention complète d'urine; puis écoulement goutte à goutte continuel. Constipation opiniâtre

Un médecin consulté diagnostique une péritonite purulente et donne, pour calmer les douleurs, beaucoup de morphine.

L'auteur vit la malade le matin 26 novembre. Grande émaciation, épuisement, facies anxieux. Température 38° 5. Pouls 150.

Ventre ballonné, très douloureux, renfermant une tumeur régulièrement fluctuante, du volume d'un utérus à terme ; nulle part, on n'y sent de parties dures. Pas d'ascite. Vulve baignée d'urine ammoniacale et couverte de sédiments uriques. Vagin fortement repoussé en avant; au niveau du bord supérieur de la symphyse, la portion vaginale du col, molle, aplatie, regardant en bas. L'orifice utérin et le canal cervical, aussi loin qu'on peut atteindre, laissent pénétrer le doigt. Entre les parois postérieure du vagin et antérieure du rectum, tumeur du volume d'une tête de fœtus, élastique, refoulant l'intestin et la paroi vaginale.

Rétroflexion de l'utérus gravide avec enclavement.

A l'aide d'une sonde d'homme on ne retire pas de liquide de la vessie, tandis que la sonde en gomme donne issue à neuf litres d'urine infecte, avec beaucoup de mucus et de sédiment. Mais l'urine ne s'écoule pas d'une manière continue; l'écoulement s'arrête souvent, bien qu'il y ait encore beaucoup de liquide dans la vessie. En retirant et en repoussant la sonde, on obtient une nouvelle quantité d'urine ; sinon, en retirant tout à fait l'instrument, on en trouve les yeux parfois bouchés par du mucus et du pus, parfois libres.

On essaie de réduire l'utérus en plaçant la malade sur les genoux et les coudes; on échoue par le vagin et par le rectum.

Comme, dans le village, il n'y avait pas de médecin pouvant faire le cathétérisme, la sonde en gomme fut laissée à demeure.

Le soir, la femme se trouve bien; le facies est tranquille, la fièvre modérée, le pouls toujours à 120. Selle. *L'utérus n'a aucune tendance à remonter; vessie de caoutchouc dans le vagin, restant en place pendant presque deux jours, sans être expulsée. L'utérus est remis en place, grâce à elle, mais lorsqu'elle est enlevée, il reprend rapidement sa position première.* Comme la vessie de caoutchouc ne donne pas de résultat, que la sonde se bouche souvent, on les abandonne. Grâce aux selles régulières et au cathétérisme, la femme se trouve relativement bien.

Par le cathétérisme on constate, de nouveau, que l'urine ne s'écoule pas, malgré la réplétion de la vessie et la perméabilité de la sonde. Le simple fait de la retirer un peu et de la repousser donne sou-

vent une nouvelle quantité d'urine. Souvent aussi il est tout à fait impossible de vider entièrement la vessie et nous croyons qu'elle a un diverticule ou qu'elle communique avec une poche d'abcès.

29 octobre soir : *Deuxième tentative de réduction sous le chloroforme.* L'urine s'écoule complètement. *Par le vagin (après d'autres tentatives vaines), on réussit à repousser avec toute la main le fond de l'utérus au-dessus du promontoire qui le comprimait.* Alors nous sentons nettement le ballottement céphalique dans l'utérus mou; l'utérus est mobile autour de son axe transversal, mais on essaye en vain d'amener le col directement en bas à l'aide d'un doigt introduit dans le canal cervical. En tentant de refouler le fond de l'utérus en haut par le vagin, et le col en bas au travers de la paroi abdominale, on s'aperçoit qu'il existe toujours au-devant du corps de l'utérus une tumeur fluctuante de médiocre volume, qui semble empêcher la version de l'utérus. Appartient-elle à la paroi antérieure de l'organe dont on ne peut l'écarter, est-ce un diverticule vésical ou un abcès?

D'aucune facon l'utérus ne se laisse réduire; le fond retombe toujours dans le cul-de-sac de Douglas. Mais puisqu'il passe et repasse ainsi sans grande difficulté le détroit abdominal, il n'y a plus jusqu'à nouvel ordre aucun danger direct à redouter de la rétroflexion.

On pouvait espérer que la complication qui empêchait le maintien de la réduction disparaissant, celle-ci pourrait se faire spontanément, sinon on essaierait encore une fois de redresser l'utérus et, si l'on n'y parvenait pas, on provoquerait l'avortement.

Cathétérisme régulier. Toujours fièvre modérée. Pouls 120.

Cinq jours plus tard, le mari vint nous avertir la nuit que l'enfant venait d'être expulsé, mais pas le délivre. L'enfant était vivant. 17 cent. de long; 154 grammes. Le placenta était dans le col et fut facilement extrait. Le doigt pénètre en arrière et en bas par le canal cervical dans la cavité utérine. Collapsus depuis l'expulsion du fœtus, mort 7 heures après.

Nous ne pûmes faire que l'*autopsie* des organes génitaux urinaires.

Péritoine sans liquide anormal. Le rectum sort du bassin à droite du promontoire. *L'S iliaque et le côlon transverse sont largement unis à la paroi postérieure de la vessie. Les membranes qui unissent ces organes sont solides,* MANIFESTEMENT VIEILLES, non injectées. En cherchant à regarder dans le bassin, on ne peut rien apercevoir de l'utérus. Une faible traction déchire la paroi vésicale ramollie,

épaisse de 3 à 5 mm. Il s'écoule, après une urine nauséabonde, un liquide épais et purulent. Dans la vaste cavité vésicale, tapissée de sels de l'urine, se trouve libre un sac de 3 à 4 mm. d'épaisseur, plus grand qu'une tête de fœtus gris noirâtre, friable, à paroi granuleuse. C'est la muqueuse décollée, sphacélée en totalité avec la moitié de la musculeuse également sphacélée et décollée. Au voisinage du col vésical, ce sac est uni par quelques lambeaux à la muqueuse et à la musculeuse du col non complètement détachée, mais déjà nécrosée, et il n'a en dehors de l'ouverture déchiquetée au voisinage du col aucun autre orifice.

La surface interne ressemble à ce papier sablonneux qui entoure les allumettes; la surface externe est beaucoup plus sombre, plus irrégulière. Le col vésical est très largement accessible au doigt.

Après la rupture du pont que le méso-côlon formait au-dessus du détroit supérieur rétréci, dans son diamètre conjugué, de 1 *cent. on réussit facilement à dégager l'utérus ramolli, rétrofléchi du cul-de-sac de Douglas.* Dans cet espace, on ne trouve aucun liquide.

L'utérus n'est nulle part adhérent; ses annexes, ses surfaces interne et externe sont normales. Uretères à peine distendus.

Observation XI.

Blundell. (de Guy's hospital). *Observations on some of the more important diseases of women.* London, 1837, p. 6 en note).

Une femme, ayant une tumeur kystique de l'ovaire et sortant tous les jours en voiture pour prendre l'air sans fatigue, fut dans une de ses promenades projetée avec violence hors de la voiture renversée. Son ventre alla heurter une pierre du bord de la route. A son retour chez elle, elle urina très abondamment en même temps qu'elle éprouvait de grandes douleurs dans le ventre. Elle se rétablit en quelques jours et s'aperçut alors qu'elle était complètement guérie de son hydropisie ovarique. Quelque temps après elle se maria et *succomba à une rétroversion irréductible de l'utérus vers le quatrième mois de sa grossesse.* L'autopsie fut faite. On vit alors nettement qu'à la suite de la chute il s'était fait une rupture du kyste avec épanchement de son contenu dans le péritoine. Le liquide avait été résorbé et excrété par les reins. Les restes du kyste étaient tombés sur l'utérus et l'avaient renversé sous le promontoire, où il avait été fixé en rétroversion par une inflammation adhésive. Tant

que cette malheureuse femme ne s'était pas mariée cela n'avait eu que peu d'inconvénients; mais lorsque l'utérus devint gravide, il ne put *à cause des adhérences* reprendre sa place primitive et il s'ensuivit une compression fatale des parties.

En raison de ce qui précède, nous nous croyons autorisés à formuler les conclusions suivantes :

1° Les adhérences anciennes utéro-rectales ou utéro-pelviennes sont rarement la cause de la rétroversion de l'utérus gravide et de son irréductibilité. La fréquence de ces adhérences a été exagérée, et lorsqu'elles existent la grossesse détermine dans leur structure, des modifications leur permettant de devenir extensibles.

2° Les adhérences anciennes, vésico-intestinales ou vésico-intestino-pelviennes, ou utéro-vésico-intestino-pelviennes, toutes celles en un mot qui clôturent l'aire du détroit supérieur, peuvent s'opposer et s'opposent, comme nos observations le prouvent, au mouvement ascensionnel de l'utérus gravide et produisent la rétroversion et l'enclavement. Les modifications imprimées par la grossesse à tous les tissus qui sont en rapport de continuité avec l'utérus, retentissent trop peu sur ces adhérences extra-utérines pour produire leur extensibilité.

Nous allons étudier maintenant quelques points concernant les troubles fonctionnels et les lésions organiques de l'appareil urinaire dans la rétroversion de l'utérus gravide.

(A suivre).

REVUE CLINIQUE.

Hôpital Lariboisière.

Service de M. le professeur Duplay, suppléé par M. Brun.

FIBROSARCOME DE LA PAROI ABDOMINALE

Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service.

Mme X..., 27 ans, sans profession, entre le 9 septembre 1886, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, n° 26.

Cette malade a toujours joui d'une excellente santé. On ne trouve à noter dans son existence qu'une pleurésie gauche survenue il y a six ans, l'ayant tenue au lit pendant trois mois et ayant à sa suite laissé persister pendant assez longtemps des douleurs dans le côté gauche de la poitrine.

Quatre grossesses à terme. Les accouchements ont été faciles; l'avant-dernier seul a été suivi d'une poussée légère de péritonite. Le dernier accouchement s'est passé il y a six semaines sans le moindre incident.

C'est quelque temps avant le début de cette dernière grossesse, il y a un an environ, qu'elle a remarqué au niveau de la partie latérale droite du ventre, un peu au-dessus de l'arcade crurale, l'existence d'une tumeur dure, mobile et paraissant située immédiatement sous la peau.

Pendant la grossesse cette tumeur parut se déplacer, se portant en haut et à gauche de l'ombilic, puis s'étala peu à peu.

— L'accroissement se fit graduellement, sans poussées à aucun moment.

Immédiatement après l'accouchement la tumeur augmenta rapidement et en six semaines tripla de volume. En même temps elle devint un peu douloureuse et fut le siège d'élancements. Deux bosselures nouvelles se sont depuis lors dessinées et la tumeur a pris des dimensions telles que la malade ne peut rester debout à cause de son poids. A part cet accroissement rapide de la tumeur, les suites de couches ne présentèrent rien de spécial, l'état général resta bon et il n'y eut pas d'amaigrissement. La malade ne se plaint en somme que de la tuméfaction qui existe localement au niveau de l'abdomen.

La circonférence ombilicale est de 116 cent., la distance de l'om-

bilic au pubis de 24 cent., la distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde de 24 cent. 5, la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 23 cent. 5, la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 29 cent.

Il existe là une tumeur volumineuse, aussi grosse que deux têtes d'adulte juxtaposées, convexe en avant, mais n'étant pas absolument régulière. Elle est bosselée; deux bosselures sont nettement saillantes, la plus grosse est au-dessus et à gauche de l'ombilic, l'autre au-dessous et à droite, toutes deux sont séparées par un sillon et rejoignent en bas une partie de la tumeur plus étalée que le reste et descendant ensuite jusque près du pubis.

La peau présente à la surface de la tumeur un développement veineux abondant; les réseaux bleuâtres existent surtout au niveau de la masse gauche. On note de plus des vergetures assez nombreuses mais peu importantes ici, la malade venant d'accoucher.

Cette peau est amincie en beaucoup d'endroits, mais peut être plissée partout. Le tissu cellulaire sous-cutané a disparu en partie au niveau de la tumeur. Tandis que sur les parties latérales de l'abdomen on peut, en faisant un pli entre les doigts, saisir une masse cellulo-adipeuse qui double la peau; au niveau de la bosselure supérieure gauche on ne peut plisser autre chose que la peau amincie. Au palper la tumeur est dure, sans la moindre élasticité en aucun point, sans fluctuation ni ramollissement.

Lorsqu'on cherche les rapports de cette tumeur avec les parties profondes, on constate qu'elle jouit d'une mobilité latérale très considérable, d'une mobilité verticale presque aussi grande; cete tumeur est en somme très mobile. On peut d'autre part la soulever avec la paroi, laissant en arrière d'elle les organes contenus dans la cavité abdominale. Il est même possible, en déprimant la paroi, d'engager sur les parties latérales la main en arrière d'elle, et de constater qu'elle est convexe en arrière comme elle l'est en avant. Nulle part on ne sent de prolongement ni de pédicule vers la profondeur. Il semble donc que cette tumeur soit située dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

On acquiert encore, à ce point de vue, des renseignements importants en faisant contracter les muscles de cette paroi. Il suffit, en effet, de prier la malade de s'asseoir, en même temps qu'un aide résiste un peu au mouvement de flexion du tronc en avant, pour constater que la tumeur est absolument fixée par suite de la contraction

des muscles grands droits, sans qu'elle soit le moins du monde déprimée par cette contraction. Cette tumeur paraît donc bien développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale. On peut même aller plus loin et supposer qu'elle est superficielle, car une contraction des muscles droits refoulerait la tumeur et dessinerait deux bandes musculaires en avant d'elle, si elle se trouvait développée à la face profonde de cette paroi, à plus forte raison si elle était contenue dans la cavité péritonéale.

En présence des caractères ci-dessus mentionnés, il paraît naturel d'éliminer l'hypothèse de toute tumeur intra-abdominale, en particulier celle d'un fibrome utérin, ayant acquis un grand développement par le fait de la grossesse, ce qui était l'idée du médecin qui avait envoyé la malade. Le toucher vaginal montre, d'ailleurs, que l'utérus est petit, mobile, que les culs-de-sac sont libres. Lorsqu'on communique des mouvements à la tumeur, ils ne se transmettent nullement à l'utérus ; seulement, quand on la déprime, on sent, au fond du cul-de-sac antérieur, un plan résistant qui se meut avec la tumeur.

L'hypothèse d'une tumeur de l'épiploon, d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé, détaché même de l'utérus et adhérant à la face profonde de la paroi, ne semble pas davantage soutenable ici. car, dans un cas semblable, la contraction des muscles de la paroi aplatirait la tumeur et la refoulerait dans la cavité péritonéale.

En même temps qu'ils permettent d'affirmer l'hypothèse d'un néoplasme de la paroi abdominale, les caractères de la tumeur sont de nature à faire soupçonner l'existence d'une de ces tumeurs constituées par des masses de tissu fibreux, en voie d'évolution plus ou moins rapide, qui se développent ici comme partout où il y a du tissu fibreux, dans l'aponévrose du fascia lata, dans l'aponévrose du moyen fessier par exemple.

Certains détails de l'évolution du néoplasme engagent toutefois à ne pas le considérer comme un *fibrome pur*, et se basant sur l'augmentation de volume survenue depuis la grossesse, sur l'existence de douleurs lancinantes et d'élévation manifeste de la température au niveau de la bosselure supérieure gauche, M. Brun porte le diagnostic de *fibro-sarcome* en voie d'évolution rapide.

Quels sont les rapports exacts de la tumeur avec le péritoine? Bien qu'il soit impossible de rien affirmer à cet égard, il semble que dans ce cas on ne puisse espérer avoir affaire à une tumeur encapsulée et

bilic au pubis de 24 cent., la distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde de 24 cent. 5, la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 23 cent. 5, la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 29 cent.

Il existe là une tumeur volumineuse, aussi grosse que deux têtes d'adulte juxtaposées, convexe en avant, mais n'étant pas absolument régulière. Elle est bosselée; deux bosselures sont nettement saillantes; la plus grosse est au-dessus et à gauche de l'ombilic, l'autre au-dessous et à droite, toutes deux sont séparées par un sillon et rejoignent en bas une partie de la tumeur plus étalée que le reste et descendant ensuite jusque près du pubis.

La peau présente à la surface de la tumeur un développement veineux abondant; les réseaux bleuâtres existent surtout au niveau de la masse gauche. On note de plus des vergetures assez nombreuses mais peu importantes ici, la malade venant d'accoucher.

Cette peau est amincie en beaucoup d'endroits, mais peut être plissée partout. Le tissu cellulaire sous-cutané a disparu en partie au niveau de la tumeur. Tandis que sur les parties latérales de l'abdomen on peut, en faisant un pli entre les doigts, saisir une masse cellulo-adipeuse qui double la peau; au niveau de la bosselure supérieure gauche on ne peut plisser autre chose que la peau amincie. Au palper la tumeur est dure, sans la moindre élasticité en aucun point, sans fluctuation ni ramollissement.

Lorsqu'on cherche les rapports de cette tumeur avec les parties profondes, on constate qu'elle jouit d'une mobilité latérale très considérable, d'une mobilité verticale presque aussi grande; cete tumeur est en somme très mobile. On peut d'autre part la soulever avec la paroi, laissant en arrière d'elle les organes contenus dans la cavité abdominale. Il est même possible, en déprimant la paroi, d'engager sur les parties latérales la main en arrière d'elle, et de constater qu'elle est convexe en arrière comme elle l'est en avant. Nulle part on ne sent de prolongement ni de pédicule vers la profondeur. Il semble donc que cette tumeur soit située dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

On acquiert encore, à ce point de vue, des renseignements importants en faisant contracter les muscles de cette paroi. Il suffit, en effet, de prier la malade de s'asseoir, en même temps qu'un aide résiste un peu au mouvement de flexion du tronc en avant, pour constater que la tumeur est absolument fixée par suite de la contraction

des muscles grands droits, sans qu'elle soit le moins du monde déprimée par cette contraction. Cette tumeur paraît donc bien développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale. On peut même aller plus loin et supposer qu'elle est superficielle, car une contraction des muscles droits refoulerait la tumeur et dessinerait deux bandes musculaires en avant d'elle, si elle se trouvait développée à la face profonde de cette paroi, à plus forte raison si elle était contenue dans la cavité péritonéale.

En présence des caractères ci-dessus mentionnés, il paraît naturel d'éliminer l'hypothèse de toute tumeur intra-abdominale, en particulier celle d'un fibrome utérin, ayant acquis un grand développement par le fait de la grossesse, ce qui était l'idée du médecin qui avait envoyé la malade. Le toucher vaginal montre, d'ailleurs, que l'utérus est petit, mobile, que les culs-de-sac sont libres. Lorsqu'on communique des mouvements à la tumeur, ils ne se transmettent nullement à l'utérus ; seulement, quand on la déprime, on sent, au fond du cul-de-sac antérieur, un plan résistant qui se meut avec la tumeur.

L'hypothèse d'une tumeur de l'épiploon, d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé, détaché même de l'utérus et adhérant à la face profonde de la paroi, ne semble pas davantage soutenable ici, car, dans un cas semblable, la contraction des muscles de la paroi aplatirait la tumeur et la refoulerait dans la cavité péritonéale.

En même temps qu'ils permettent d'affirmer l'hypothèse d'un néoplasme de la paroi abdominale, les caractères de la tumeur sont de nature à faire soupçonner l'existence d'une de ces tumeurs constituées par des masses de tissu fibreux, en voie d'évolution plus ou moins rapide, qui se développent ici comme partout où il y a du tissu fibreux, dans l'aponévrose du fascia lata, dans l'aponévrose du moyen fessier par exemple.

Certains détails de l'évolution du néoplasme engagent toutefois à ne pas le considérer comme un *fibrome pur*, et se basant sur l'augmentation de volume survenue depuis la grossesse, sur l'existence de douleurs lancinantes et d'élévation manifeste de la température au niveau de la bosselure supérieure gauche, M. Brun porte le diagnostic de *fibro-sarcome* en voie d'évolution rapide.

Quels sont les rapports exacts de la tumeur avec le péritoine? Bien qu'il soit impossible de rien affirmer à cet égard, il semble que dans ce cas on ne puisse espérer avoir affaire à une tumeur encapsulée et

facilement énucléable, et on soupçonne des rapports avec la séreuse dans une étendue impossible du reste à préciser.

La crainte de ces rapports intimes ne pouvant dans un cas semblable, où la vie de la malade se trouvait à bref délai menacée, faire repousser l'intervention, M. Brun décide l'ablation et convient d'avance, les sarcomes jouissant d'une malignité relative vu leur tendance à récidiver sur place, que cette ablation sera aussi large que possible, dût-elle rendre nécessaire une résection partielle de la paroi abdominale et du péritoine.

Opération. — Le 25 septembre on fait sur la ligne médiane une incision étendue de l'appendice xiphoïde au pubis, sans intéresser la surface de la tumeur qui est parcourue de veines abondantes et très volumineuses. On décolle de chaque côté la peau et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané sans rencontrer à découvert les limites latérales du néoplasme.

La peau étant décollée du côté droit, on voit à la surface de la tumeur et se confondant bientôt avec elle les fibres de l'aponévrose du grand oblique.

Dans l'espoir que la tumeur est intra-pariétale, on fait sur cette aponévrose une incision longitudinale, mais cette incision met à nu les fibres du petit oblique. Ce muscle incisé à son tour et la cavité péritonéale ouverte, on constate qu'adhérente à la face profonde de la paroi la tumeur plonge dans la cavité abdominale et y fait une saillie au moins aussi accentuée que celle qu'elle dessine à l'extérieur.

La main introduite dans la cavité péritonéale ayant permis de constater l'absence d'adhérences avec les parties profondes, l'incision musculaire primitive est agrandie et ramenée autant que possible vers la ligne médiane, et un mouvement de bascule exécuté lentement permet l'énucléation du néoplasme, qui n'est plus retenu que par ses adhérences à la moitiée gauche de la paroi. Ces adhérences étant absolument intimes, section au ciseau, les parties saines à leur voisinage et la tumeur est ainsi détachée avec la portion de la paroi avec laquelle elle se trouvait confondue. Grâce à l'emploi de nombreuses pinces à forcipressure et de longues pinces courbes, la perte de sang a été relativement minime.

Après l'application de quelques ligatures, la paroi musculo-péritonéale est suturée aussi exactement que possible à l'aide de nombreux fils de catgut, mais cette suture est rendue difficile en raison de l'éten-

due de la surface pariétale qui faisait corps avec le néoplasme et qui a dû être réséquée avec lui.

Suture de la peau au fil d'argent. Deux forts drains sont placés au-dessous de la peau décollée et ressortent par deux orifices placés aux points les plus déclives de ce décollement.

Pansement de Lister. Compression comme après l'ovariotomie.

La malade est très pâle après l'opération et met assez longtemps à se remettre. 2 grammes d'éther sont injectés sous la peau. Vers deux heures elle est bien revenue à elle, se plaint de douleurs abdominales assez vives. Injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine en deux fois, à trois heures d'intervalle. Soif vive, champagne et glace. Le soir 38°,5.

26 septembre. 38°,8, coliques, quelques nausées sans vomissements, malade assez affaissée. 400 grammes d'urine depuis hier matin.

On continue glace, champagne; deux centigrammes et demi de morphine sont donnés dans les vingt-quatre heures par injection sous-cutanée de 0 gr. 025.

28 septembre. 39° le matin; 39°,2 le soir. Les coliques continuent, la malade se plaint en même temps de douleurs de reins. Elle a vomi à plusieurs reprises le champagne qu'on lui donnait.

Même traitement.

28 septembre. 39°,5 le matin. 40°,3 le soir. Vomissements bilieux se répètent. Mort dans la nuit.

A l'autopsie, gros caillot cruorique au-devant de la masse intestinale la cachant en partie. Vascularisation des anses, sans exsudat en aucun point. Rien à l'examen des divers viscères. Sur la partie latérale droite du vagin un petit thrombus du volume d'une noisette, datant du dernier accouchement.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée pèse 6 kilogram. Sur une coupe sectionnant toute sa hauteur, on constate qu'elle est constituée d'une masse présentant partout le même aspect. C'est un tissu d'une apparence sarcomateuse, parcouru par des travées fibreuses peu épaisses, entre lesquelles fait hernie une masse plus molle, plus translucide, d'apparence œdémateuse, laissant suinter un suc à la coupe. Du côté péritonéal, la tumeur a une surface lisse, régulière, en tout semblable au péritoine sain. Du côté de la peau, elle est nettement limitée par une sorte de membrane fibreuse qui l'en-

toure et dont on ne peut la décapsuler. Sur les parties latérales on voit s'insérer les muscles qui disparaissent complètement à son niveau. On trouve en effet en haut un bout du muscle grand droit qui se perd sur la tumeur, et sur sa partie latérale droite une partie du grand oblique mesurant plusieurs centimètres de long.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par notre excellent ami Lubet-Barbon et voici la note qu'il nous a remise :

La tumeur présente la structure ordinaire des sarcomes fasciculés avec une grande prédominance d'éléments embryonnaires jeunes, dont la présence explique la marche rapide de la tumeur.

Trois points ont été principalement étudiés :

1° La partie adhérente aux muscles :

A la périphérie de la coupe, on voit les faisceaux musculaires sains, mais aplatis et comprimés en longues bandelettes sinueuses. Puis, entre les faisceaux apparaissent les fascicules conjonctifs dissociant finement les fibres ; celles-ci disparaissent bientôt par places, formant des îlots musculaires bien nettement striés au sein de la masse néoplasique. Lorsqu'on avance dans la tumeur, on ne trouve plus que quelques fibres musculaires, isolées, analogues à celles qu'on observe dans la poudre de viande et qui disparaissent à leur tour.

2° Le centre de la tumeur :

Au milieu des cellules embryonnaires, fascicules conjonctifs enchevêtrés, présentant au hasard de la coupe l'apparence de tractus ou de tourbillons. Pas d'éléments étrangers.

3° La portion en rapport avec le péritoine :

Prédominance considérable des éléments embryonnaires, de cellules agglomérées et de substance amorphe; mais ici, en présence d'un processus formateur très actif, quelques vaisseaux pourvus de paroi, mais sans tunique élastique. A la limite des faisceaux larges de tissu conjonctif adulte, présentant les caractères du tissu sous-péritonéal normal. Sur les trois ordres de coupes on remarque des vaisseaux nombreux, béants, analogues à des sinus, sans paroi propre, limités par les cellules embryonnaires du sarcome.

Réflexions. — Quoique l'histoire des fibromes de la paroi abdominale antérieure soit aujourd'hui bien connue, l'observation qui précède nous a, à plusieurs titres, paru mériter d'attirer l'attention.

Dans la plupart des cas semblables, et Damalix en a dans

sa thèse récente reproduit un grand nombre, les connexions de la tumeur sont sujettes à peu de variations. Qu'il soit superficiel, intra-pariétal ou profond, le néoplasme est le plus souvent énucléable, et les adhérences péritonéales, si elles existent, exposent tout au plus à la dénudation de la séreuse sur une étendue variable ou à sa déchirure au niveau des points trop intimement adhérents pour être disséqués.

Dans le cas que nous venons de reproduire, une tout autre disposition a été constatée. D'une part dans toute la portion de la paroi abdominale occupée par le néoplasme, le plan musculo-aponévrotique était dans toute son épaisseur envahi et détruit; seuls, quelques faisceaux du muscle grand droit antérieur gauche persistaient au niveau d'une des bosselures de la tumeur qui paraissait être le point par lequel se faisait son principal accroissement.

Les rapports avec le péritoine étaient, d'autre part, des plus intimes. Il formait pour ainsi dire paroi à toute la portion de la masse qui proéminait dans la cavité abdominale et partout son adhérence était telle qu'il n'y avait même pas à penser à en tenter le décollement.

C'est en raison de ces dispositions spéciales, qui ne se trouvent mises en relief dans aucune des observations publiées par Damalix, que l'ablation de notre tumeur a nécessité la résection de la paroi abdominale musculo-péritonéale dans une étendue telle que la réunion des lèvres de la plaie ainsi obtenue ne put être effectuée qu'avec les plus grandes difficultés. Il ne nous paraît pas douteux non plus que l'insuccès que nous avons eu à déplorer ne trouve son explication dans l'étendue d'un pareil délabrement.

Serait-il, dans un cas analogue, possible de prévoir les difficultés qui, chez notre malade, ont été rencontrées? Damalix, s'appuyant sur l'examen d'observations allemandes à propos desquelles Skifossawski a fait d'intéressantes recherches expérimentales sur la résection du péritoine, croit pouvoir établir que les adhérences péritonéales existent surtout dans les cas où le fibrome est en voie de transformation sarcomateuse.

Dans notre cas, la transformation sarcomateuse ne pouvait faire aucun doute et rien n'était plus évident que l'influence exercée à ce point de vue par la grossesse et l'accouchement. Il semble donc, toutes les fois qu'une semblable évolution sera constatée, que des difficultés opératoires spéciales devront être soupçonnées et que le pronostic devra être prudemment réservé.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances du 6 et du 13 octobre.

LE DENTU fait une communication sur un cas d'**imperforation de l'hymen**, observé par M Ozieski. — Jeune fille de 14 ans, sujette à des douleurs violentes, causées par une rétention des règles. Une ponction, qui donna issue à un demi-litre environ de sang, fut suivie de la cessation de tous les accidents. Mais un an plus tard, il fallut, par une large incision, compléter l'ouverture faite par la ponction.

TERRIER rapporte un cas d'**imperforation de l'hymen**, communiqué par M. de Fontaine. — Jeune fille, âgée de 15 ans, qui présentait tous les signes de la rétention menstruelle. L'imperforation de l'hymen ayant été constatée, le médecin fit une ponction qui donna issue à un litre d'un liquide épais, couleur chocolat. Soulagement immédiat. Douze jours plus tard, en raison de souffrances assez accusées et de l'écoulement par le vagin d'une certaine quantité de pus, la membrane hyménéale fut largement incisée et il fut prescrit des lavages antiseptiques. La prescription n'ayant pas été suivie, la jeune fille ressentit pendant quelque temps des douleurs abdominales d'origine vraisemblablement inflammatoire. Elles cédèrent rapidement au repos et à des soins plus réguliers.

Cette observation démontre qu'il faut de bonne heure inciser largement l'hymen, et assurer l'observation des précautions antiseptiques.

M. le secrétaire général lit une note relative à deux observations de **torsion du pédicule des kystes de l'ovaire**, communiquée par M. Heurtaux (de Nantes). Dans le 1er cas, la torsion du pédicule avait amené un état congestif des parois, une exsudation sanguinolente dans l'intérieur du kyste, démontrée par la coloration du contenu, et de nombreuses adhérences. Opération ; guérison, troublée seulement par quelques phénomènes de péritonite partielle. Dans le 2e cas, la torsion avait abouti à la rupture du pédicule. Cependant, le kyste avait pu continuer à vivre, grâce à la production de nombreuses adhérences.

DEUXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Tenu à Paris du 18 au 24 octobre.

(GYNÉCOLOGIE).

TERRILLON. — **De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire**, *conséquences anatomiques et opératoires.* Quand la torsion est modérée, les accidents sont nuls ou insignifiants. Quand elle est forte, les conséquences sont graves, parfois funestes. Son effet le plus immédiat est la gène de la circulation, qui s'accompagne invariablement de l'élévation de la tension intra-pariétale et intra-kystique. De là, de l'œdème de la paroi, des hémorrhagies interstitielles et dans l'intérieur du kyste. Quand la torsion est complète, la nutrition de la tumeur est profondément troublée, d'où des phénomènes de sphacèle. Pour quelques cas, il y a même rupture du pédicule. T... insiste particulièrement sur l'apparition de poussées péritonéales qui aboutissent, à bref délai, à la formation d'adhérences solides et étendues. Quatre observations, brièvement relatées, mettent bien en relief la réalité et l'importance de cette dernière complication.

Déductions pratiques qui se dégagent de ces faits :

1° L'ovariotomie doit être pratiquée aussitôt que possible.

2° L'existence d'une péritonite ne constitue pas une contre-indication à l'intervention. Le meilleur traitement à lui opposer est la laparotomie suivie d'une toilette rigoureuse de la cavité péritonéale.

3° En cas de rupture du pédicule, l'intervention doit être immédiate. Il faut devancer la formation des adhérences qui gênent singulièrement l'opération et en compromettent le succès.

RICHELOT. — **De l'hystérectomie vaginale**, *indications et manuel opé-*

ratoire. L'hystérectomie acceptée depuis peu de temps en France, y a cependant réalisé de grands progrès. On l'a pratiquée jusqu'à ce jour 30 fois, M. R. dix fois. L'opération comprend trois temps principaux : a) *isolement de l'utérus*, b) *ligature des ligaments larges*, c) *traitement de la plaie opératoire*. Les principales difficultés résident dans la ligature des feuillets séreux. Or, ces difficultés sont supprimées par l'application à l'hystérectomie de la méthode de la forci-pressure qui est réalisée à l'aide de longues pinces placées sur les ligaments larges et laissées à demeure. Grâce à cette modification, l'exécution de l'hystérectomie est tellement facilitée que R... n'hésite pas à la conseiller pour tous les *cancers opérables*, cas dans lesquels l'amputation supravaginale n'est qu'une opération palliative. Elle lui paraît également indiquée lorsqu'il s'agit de fibromes, déterminant des hémorrhagies qui mettent la vie en danger ; de prolapsus, de rétroversion, qui ont résisté à tous les autres traitements. Enfin, l'inversion utérine, la névralgie utéro-ovarienne même suffisent, d'après lui, à la justifier dans certains cas.

VULLIET (de Genève). — **Des avantages de la dilatation dans le traitement du cancer du corps de l'utérus.** Elle permet l'examen *de visu* de la cavité utérine, et la constatation, impossible autrement, de certains néoplasmes aux débuts. De là, la possibilité de pratiquer, dans certains cas, des opérations curatives, en ce sens qu'elles sont suivies d'une cicatrisation. Car elles n'ont pas la prétention de mettre sûrement à l'abri de toute récidive. Il est clair que tous les cas ne sont pas opérables. Dans les conditions les plus heureuses, on commence à enlever au moyen de la curette la plus grosse portion du tissu morbide. On continue et on termine par un grattage avec les ongles, car, de cette façon on distingue mieux les éléments dégénérés de ceux qui sont restés sains. On s'arrête quand on est arrivé sur des fibres normales. La perte de substance, cautérisée avec le chlorure de zinc, est ensuite bourrée de tampons chargés d'iodoforme ou de térébène.

Lorsqu'il s'agit de cas inopérables, la méthode a le grand avantage de faciliter énormément l'application du traitement palliatif.

MARCHAND. — **Du traitement chirurgical du prolapsus utérin.** On a proposé contre le prolapsus l'*hystérectomie*. C'est là une pratique à rejeter autant que possible.

On doit s'appliquer à perfectionner des procédés moins dangereux.

Dans la cure du prolapsus, il importe de se préoccuper de cer-

taines anomalies concomitantes, hypertrophie de l'utérus, déformations du col (hypertrophie sus et sous-vaginale), relâchement des ligaments utéro-sacrés, laxité des parois vaginales, cystocèle, rectocèle, déformations vulvaires... Car, pour s'assurer le succès, il faut, avant de traiter le prolapsus, corriger en détail chacune de ces anomalies justifiables d'une opération, remédier à l'hypertrophie du col, réduire la cystocèle... Après quoi, on termine par la colpo-périnéorrhaphie postérieure, complétée, suivant les cas, par l'épisiorrhaphie.

Chez une de ses opérées, il a constaté une guérison qui se montrait parfaite depuis plus de quatre ans.

APOSTOLI. — **Note complémentaire sur le traitement électrique des fibromes utérins.**

En présence de l'impuissance presque absolue de la thérapeutique purement médicale et de la mortalité toujours considérable (de 40 à 50 0/0) de l'hystérectomie abdominale, ainsi que des dangers et des difficultés liées à toute autre intervention chirurgicale, Apostoli propose, dit-il, une méthode *simple*, *inoffensive* et le plus souvent *souveraine :* 1° L'intervention est en effet *facile* et se résume dans une bonne hystérométrie thérapeutique qui est à la portée de tout médecin muni : d'un appareil mesureur de courant (un bon galvanomètre d'intensité) — d'une pile quelconque qui donne beaucoup de débit — d'un électrode inattaquable en platine, et d'un gâteau de terre glaise suffisamment ramollie ; — 2° Cette opération, faite avec toute l'antisepsie possible et tout le repos convenable est *inoffensive*, car sur plus de *trois mille galvano-caustiques intra-utérines*, réparties sur *deux cents malades*, qui ont subi un traitement plus ou moins complet, il n'a observé que de très rares accidents, imputables à l'inexpérience seule du début et à des fautes opératoires que la pratique a corrigées ; — 3° Bien appliquée et assez longtemps continuée de 3 à 9 mois en moyenne). Cette méthode est le plus souvent souveraine et conduit 95 fois sur 100 aux résultats suivants : *régression anatomique du fibrome* variant du 1/5 au 1/3 et quelquefois même au 1/2, mais jamais disparition totale, — *arrêt durable des hémorrhagies*, — *disparition des phénomènes de compression et restauration symptomatique de la malade ;*

Les très rares insuccès (de 3 à 5 0/0) observés s'adressent tous à des fibromes ascitiques. — La médication perd aussi une partie de son influence dans les tumeurs fibro-kystiques et lorsque les complications d'inflammation périphérique ou de diathèse hystérique grave

gênent et entravent l'emploi de hautes intensités. — La cautérisation galvano chimique intra-utérine est compatible avec une *grossesse* ultérieure. — En terminant, A... lit deux appréciations très favorables de sa méthode, émises tout récemment par les Drs Engelmann et P. Mundé.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BERLIN.

Séances du 14 et du 28 mai.

Présentations. — Lohlein. — **Kyste dermoïde** de l'ovaire gauche, contenant des pièces solides, des faisceaux épais de cheveux, des masses de graisse..... Il l'a enlevé à une femme, âgée de 38 ans, qu'il avait assistée récemment dans un premier accouchement. La tumeur avait gêné la marche du travail. L... était déjà alors décidé à pratiquer la laparotomie suivie, à l'occasion, de l'ovariotomie ou de la section césarienne, mais il réussit à réduire la tumeur, la malade étant endormie et placée dans le décubitus latéro-abdominal. En cas de nouvelle grossesse, la question de l'ovariotomie aurait dû toujours être posée.

Veit. — *a*). Une pièce sur laquelle on voit **une grossesse tubaire.** Elle provient d'une femme qui avait accouché deux ans auparavant. Dernières règles, le 17 janvier 1886. Depuis le 6 mars, écoulement de sang modéré. Depuis les premiers jours d'avril, développement d'une tumeur de la trompe gauche, qui était extrêmement insensible. L... résolut de faire l'ovariotomie, parce que la tumeur augmentait de jour en jour de volume. L'opération ne présenta aucune difficulté. Il y avait en un point de la trompe un coagulum, gros comme un œuf de pigeon. Il était en partie étroitement adhérent au tissu tubaire, était pourvu de villosités choriales et dans l'ensemble offrait l'aspect d'un œuf transformé en une môle sanguine (Blutmole). Dans le voisinage de l'extrémité abdominale de la trompe, il y avait des adhérences et une petite tumeur kystique de l'ovaire. *Convalescence ininterrompue.*

L... insiste sur les difficultés considérables du diagnostic différentiel d'une grossesse tubaire qui évolue normalement et d'une grossesse tubaire qui subit un processus de régression. Il est hors de doute qu'il faille tenir grand compte des phénomènes qui se produisent du côté de l'utérus.

b) **Tumeur tubo-ovarique.** — Pysalpingite en communication avec une tumeur suppurée de l'ovaire. — L'opération, commandée par des accidents très graves, fut très laborieuse ; *guérison*.

Gottschalk. — **Utérus cancéreux** (portion vaginale) enlevé par le Dr Landaw, par la voie vaginale, à une femme, âgée de 32 ans. Deux accouchements antérieurs et une fausse couche. Menstruation régulière, excessive parfois. Depuis cinq semaines, elle avait un écoulement de mauvaise nature, fétide, et entraînant des caillots. Amaigrissement et diminution des forces. A l'examen l'utérus paraissait avoir le volume d'un utérus gravide, à deux mois. De plus les sensations tactiles de ramollissement étaient telles qu'on pouvait porter le diagnostic de grossesse avec de très grandes probabilités. Au spéculum le col paraissait atteint de néoplasie cancéreuse, impression qui fut entièrement confirmée par l'examen microscopique. On rejeta, dans ce cas, l'amputation supra-vaginale pour deux raisons : 1° le carcinome de la portion vaginale, lorsqu'il s'agit d'un utérus gravide, récidive le plus souvent au niveau de la cicatrice ; 2° l'avortement, déterminé infailliblement par l'opération, peut troubler le processus de cicatrisation.

L'opération fut aisée, et aujourd'hui, neuvième jour après l'opération, la patiente va très bien ; température et pouls normaux.

Martin. — **Utérus** qui offre un spécimen tout à fait typique des nodules cancéreux de la portion vaginale. Guérison.

Hofmeier. — *a*). Une série de **préparations de carcinomes de différentes régions de l'utérus**; *b*) **deux préparations de trompes**, enlevées après laparatomie. Il s'agissait, dans un cas, d'une double hydrosalpingite compliquée depuis sept ans de stérilité et de douleurs, qui offrait des exacerbations, surtout au moment des règles. Dans l'autre, d'une *grossesse tubaire à deux mois*. Il avait été assez aisé, la patiente étant endormie, de faire le diagnostic. *Dans les deux cas, convalescence presque ininterrompue.*

Schroder. — *a*) **Myome** qui, développé dans le col, avait envahi la portion vaginale, puis s'était développé dans presque toute l'étendue du tissu cellulaire pelvien. L'énucléation s'effectua sans hémorrhagie notable ; *b*) un **carcinome du vagin**. Cette femme avait été auparavant opérée d'un carcinome de l'urèthre. On avait cautérisé la place opératoire, avec le thermo-cautère Paquelin. Consécutivement, il s'était établi une fistule vésico-vaginale, qui avait été guérie grâce à une

deuxième opération. C'est deux ans après qu'est apparu, dans la paroi vaginale postérieure le carcinome dont il est ici question.

FLAISCHLEN. — *a*). **Utérus** enlevé par la voie vaginale, pour un carcinome volumineux du col. Préalablement, F... enleva au moyen de la curette une portion du tissu dégénéré, afin de débarrasser le champ opératoire. Quelques jours plus tard, il fit l'extirpation vaginale. *Guérison sans aucuns phénomènes réactionnels.* L'opérée, qui auparavant était considérablement épuisée par l'abondance des hémorrhagies, a repris très rapidement ses forces; *b*) **un utérus** : extirpation totale par le vagin, cancer du col, *guérison; c*) **un col** atteint de carcinome. Amputation supra-vaginale, *guérison.*

SCHRODER. — **De la péritonite générale non infectieuse.** — Souvent, à l'occasion d'ovariotomie, on constate des *péritonites généralisées*, dont l'existence ne s'était trahie par aucun symptôme, par aucun de ceux tout au moins que l'on a coutume de considérer comme caractéristiques de la péritonite généralisée. L'hypothèse qu'il s'agirait dans tous ces cas de péritonites chroniques n'est pas satisfaisante. Car, maintes fois on apprend que peu auparavant la maladie avait un caractère aigu et on découvre, aussi assez souvent, les traces d'une péritonite générale aiguë. La question suivante doit naturellement se poser : pourquoi, en certain cas, la péritonite généralisée détermine-t-elle des phénomènes réactionnels extrêmement intenses et ordinairement mortels, tandis qu'en d'autres circonstances elle évolue, pour ainsi dire, d'une manière silencieuse, sans créer le moindre danger?

Or, la solution du problème n'est pas fournie par l'autopsie. On trouve en effet dans la péritonite généralisée bénigne (sauf peut-être les exsudats franchement suppurés) les mêmes altérations anatomiques que dans la péritonite sévère, pernicieuse.

Sur l'étiologie de la péritonite infectieuse généralisée, nous sommes suffisamment instruits. Nous savons qu'elle s'installe consécutivement à la pénétration de micro-organismes dans la cavité abdominale (pénétration directe après plaie pénétrante; indirecte, comme il arrive dans les affections puerpérales). Si l'on recherche maintenant à quel propos survient la péritonite généralisée simple, nous voyons qu'elle est « presque exclusivement » en rapport avec les tumeurs ovariques. On la voit apparaître :

1) Après la rupture de certains kystes qui, bien que ne déterminant pas autrefois des accidents abdominaux, donnent lieu, quand ils se rupturent, à une péritonite;

2) A la suite de la torsion du pédicule des tumeurs ovariques.

3) Consécutivement à l'inflammation de certaines tumeurs, inflammation dont la cause reste inconnue.

La généralisation de péritonites bénignes peut *a priori* constituer un fait invraisemblable. « On sait, en effet, qu'un élément, irritant mais non infectieux, provoque habituellement une inflammation circonscrite et adhésive. Mais cette contraction « apparente » cesse, si l'on réfléchit que le contenu d'un kyste, évacué dans le péritoine, est brassé, pour ainsi dire, par les anses intestinales et porté sur toute la surface de la séreuse; d'où, un contact étendu et une inflammation, une péritonite généralisée. Il en arrive de même lorsqu'il se produit une exsudation considérable d'emblée.

Au point de vue pratique et thérapeutique, ces deux variétés de péritonite offrent une importance bien différente. On sait, en effet, que la péritonite généralisée simple, guérit assez facilement, par la laparotomie. Quant au diagnostic différentiel, il présente parfois de sérieuses difficultés.

Déjà, dès 1879, S... a, dans un but thérapeutique, contre des péritonites infectieuses, pratiqué 5 fois la laparotomie. Or, toutes ces opérations ont eu une issue funeste, tandis que la laparotomie faite pour des péritonites généralisées simples offre un pronostic favorable.

Litzman. — Le traumatisme seul, en dehors de tout épanchement de liquide dans la cavité abdominale, peut-il occasionner une péritonite généralisée ? D'après ce qu'il a vu, L... pense que le fait ne se produit que s'il y a épanchement de sang. Les ruptures de kystes ovariques sont, il est vrai, souvent le point de départ de péritonites généralisées non septiques, bien que dans des circonstances analogues les phénomènes réactionnels soient d'une autre nature. En particulier, L... évite-t-il, autant que possible, l'ouverture des kystes dermoïdes. Le liquide amniotique n'est pas toujours non plus « indifférent ». L'exemple d'une couturière, qui se fit une plaie de l'abdomen distendu par une grossesse très avancée, fut, à ce point de vue, démonstratif. Dans un autre cas, la pénétration sous l'abdomen, à la suite de la déchirure d'un cul-de-sac du vagin, au cours d'un accouchement, d'une certaine quantité d'air, fut suivie de phénomènes de péritonite. En ce qui concerne l'analogie symptomatique qui existe entre la péritonite généralisée infectieuse et la péritonite généralisée non septique, L... a toujours constaté l'absence dans celle-ci des accidents cérébraux. Mais il ne l'a jamais vu évoluer sans provoquer aucun symptôme.

Martin. — En dehors des circonstances indiquées par Schröder, M. . . a vu fréquemment la péritonite simple coïncider avec des maladies des trompes, plus rarement avec des myômes. Le plus souvent, il est vrai, les altérations de la séreuse siégeaient de préférence dans le petit bassin. Néanmoins, dans certains cas, il s'agissait bien d'une péritonite généralisée non infectieuse.

Ce sont surtout les soi-disant *affections pseudo-tuberculeuses, pseudo-carcinomateuses du péritoine* qui réclament une explication. Or, la disposition histologique des granulations n'a, dans la plupart des examens, présenté rien de caractéristique. L'influence de la laparotomie, dans ces cas comme dans ceux de péritonite généralisée simple, est extrêmement favorable, elle est presque curative. Au contraire, quand il s'agit des formes infectieuses, la laparotomie reste à peu près impuissante.

La difficulté qu'on rencontre parfois à faire le diagnostic différentiel de la péritonite généralisée simple et de la péritonite généralisée infectieuse, prouve qu'il y a nécessité de tâcher, par des recherches bactériologiques spéciales, de dissiper ces obscurités.

Veit. — En raison de l'importance qui s'attache aussi à la péritonite partielle, de bonne nature, V. . . insiste sur quelques phénomènes que l'on observe après la laparotomie. Il s'agit, en premier lieu, des douleurs qui pendant les 4 — 8 premières heures, existent dans toute l'étendue de l'abdomen et auxquelles succède néanmoins une marche ininterrompue vers la guérison. L'accélération du pouls durant les premières heures, l'élévation de la température que l'on observe habituellement le soir même de l'opération, lui paraissent des phénomènes de même ordre. On peut, semble-t-il, les rapporter à l'inflammation « *mécanique ou chimique* » du péritoine.

Lolhein. — La question de décider si « *ces premières douleurs qui suivent la laparotomie* » doivent être rapportées à une inflammation simple causée par le trauma ou à un commencement de septicémie, est très facilement résolue par l'étude du pouls. Mais la distinction devient parfois extrêmement difficile, à une période plus éloignée de l'opération. Et cependant, elle est de la plus grande importance, puisque, dans un cas, la réouverture de l'abdomen est le salut, tandis que dans l'autre, elle reste absolument inutile. Tout travail de nature à apprendre à distinguer la péritonite simple de la péritonite infectieuse est tout à fait digne de notre attention.

Litzman. — Il pensait également autrefois que le contact avec la

péritoine du contenu des kystes dermoïdes était particulièrement dangereux. Mais deux faits récents, dans lesquels il a vu impunément ce contact se produire, ont modifié son opinion à cet égard.

SCHRÖDER. — A son avis, le contenu des tumeurs est, par lui-même, indifférent. Le péritoine le tolère, avec ou sans phénomènes réactionnels. Celui des kystes dermoïdes n'a pas de qualités nocives spéciales. Quant aux faits cliniques auxquels Veit a fait allusion, ils sont encore très obscurs et d'une interprétation fort difficile. Certainement, il se produit au niveau des points, où des adhérences ont été détruites, des péritonites partielles bénignes. Une complication, autrement grave, c'est le pincement de l'intestin et la production d'un ileus. Jusqu'à quel point peut-on affirmer que la péritonite est de bonne nature, question encore douteuse. Chez une de ces opérées de myomotomie, morte avec tous les symptômes de l'étranglement intestinal, on ne trouva à l'autopsie rien qui parlât en faveur d'une péritonite septique. Le liquide épanché dans le péritoine, examiné immédiatement, ne parut contenir aucun micrococcus, et cependant les cultures réussirent. (*Cent. für Gynäk.* Nos 24 et 26 — 1886.)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE DRESDE.

Séances du 1er mai et du 28 avril 1886.

KORN. — **Des injections de solutions de chlorure de sodium dans l'anémie aiguë.** Dans un cas d'anémie extrême, marquée par les symptômes les plus graves (perte de connaissance, absence de tout phénomène réactionnel, pouls introuvable,...), K... a obtenu, grâce à l'injection sous-cutanée d'une solution à 6 p. 0/0 de NaCl, un résultat surprenant. (Ce fait a été le point de départ d'un travail qui sera publié *in extenso* et dont nous donnerons alors l'analyse.)

BODE. — Il convient de tenir compte des nouveaux essais, faits surtout en Italie, dans le traitement de l'anémie chronique (Martinetti) et de l'anémie aiguë (Chiara), par les injections hypodermiques de solutions ferrugineuses. C'est une méthode à laquelle il faut songer, quand on a affaire à des estomacs intolérants.

B..., immédiatement après la publication du travail de Schwarz, a vu le professeur Winckel pratiquer une des premières injections de solution de NaCl, faites directement dans les vaisseaux; il la fit dans l'artère radiale. Il a observé plusieurs fois, et particulièrement dans

un cas d'anémie aiguë associée à une insertion vicieuse du placenta, d'excellents effets suivre l'administration par le rectum d'une grande quantité d'une solution de NaCl. Il a vu aussi une femme qui, atteinte d'un cancer de la matrice et sous le coup d'une anémie aiguë consécutive, était tombée dans le collapsus sortir de cet état à la suite d'une injection de 400 grammes. Malheureusement, ce premier résultat ne fut que momentané. Les autres injections se montrèrent absolument inefficaces. A l'occasion, on peut utiliser la cavité abdominale, comme offrant une vaste surface d'absorption. B... a pu se convaincre de la puissance de résorption du péritoine. Chez une femme qu'il opérait pour des tumeurs kystiques des deux ovaires et un petit myôme de l'utérus, l'opération fut extrêmement laborieuse. Une des tumeurs se rompit et son contenu, épais, grumeleux, s'évacua en grande partie dans la cavité abdominale. Le péritoine fut soigneusement lavé avec une solution chloro-salicylée, dont on laissa, *à dessein*, une quantité notable dans le ventre. La patiente sortit très vite d'un collapsus profond et la guérison eut lieu sans le plus petit accident.

Hesse observe que les résultats fournis par les injections hypodermiques de solutions ferrugineuses ne sont guère encourageants.

Korn répond à une question qui lui est posée, qu'il n'a jamais vu se produire d'abcès au niveau des points où l'injection est faite. Il ajoute que l'injection périphérique artérielle peut amener l'anémie, et jusqu'à la gangrène de la région qui correspond à l'artère injectée.

Meinert, Léopold, Marschner, Schüze ajoutent quelques remarques.

Hesse. — **Des différentes méthodes de traitement des déviations de la matrice**; leurs avantages. Les déviations de la matrice sont à un certain moment très curables, *quand elles sont récentes*. La grande difficulté, c'est de guérir celles qui datent de longtemps. Encore dans ce cas, arrive-t-on souvent à opérer la réduction. Mais, le plus souvent, la déviation se reproduit au bout d'un temps plus ou moins long. Certains changements de situation ne sont justiciables que d'une intervention chirurgicale, le prolapsus en particulier. Opération de Kœberlé ; laparotomie et fixation de l'utérus rétroversé, dans l'angle inférieur de la plaie; procédé de Sims et de Simon pour la cure de la rétroversion et de l'antéversion ; raccourcissement des ligaments ronds.

Le traitement par les pessaires procure il est vrai, assez habituelle-

ment, un grand soulagement. Mais, rarement, il amène la guérison. Il existe une tendance, de plus en plus accusée, à abandonner ce mode de traitement et à le remplacer par d'autres moyens, les tampons par exemple. Leur emploi serait d'un très grand secours pour rétablir la tonicité de parois vaginales relâchées (Mundé). Le traitement par « des postures spéciales » est en général mal accepté par les malades. On peut toutefois attendre de très bons résultats, quand il s'agit d'une rétroversion récente, du décubitus abdominal. Le massage, la gymnastique, l'électricité sont des méthodes nouvelles qui donneraient de bons résultats. En particulier, le massage combiné avec l'application de tampons serait très efficace. L'évolution intercurrente d'une grossesse constituerait une circonstance favorable pour une guérison définitive. L'application des méthodes précédemment indiquées favorise encore assez souvent le développement d'une grossesse qui, par contre-coup et grâce aux modifications anatomiques qu'elle détermine, contribue puissamment à amener la guérison définitive.

Schramm. — Dans plusieurs cas de rétroflexion très accusée, il a obtenu d'excellents résultats de l'emploi des supports intra-utérins combiné à celui des pessaires-anneaux. Il est bon de retirer de temps à autre la tige intra-utérine et de la changer dès qu'elle est devenue rugueuse. Il rapporte également des faits de guérison par le massage et les courants faradiques; cependant, même par cette méthode, la guérison n'a été obtenue qu'après des années.

Léopold. — Le traitement des rétroflexions est des plus délicats: L... n'a jamais vu des résultats définitifs succéder à l'usage des supports intra-utérins; souvent au contraire il a observé, à la suite, des phénomènes inflammatoires et une exagération des pertes et de l'écoulement menstruel.

Les rétroversions peuvent être divisées en deux classes principales.

1° *Rétroversions acquises sous l'influence du puerperium*, comprenant deux variétés. Dans l'une, l'utérus est flasque. Par suite, l'action des pessaires est fort incertaine, parce que le fond de la matrice tend toujours à revenir en arrière. Il faut avant tout combattre cet état atonique de l'organe par les injections d'ergotine, les cautérisations intra-utérines et au besoin par le raclage de la muqueuse épaissie. Pour le second type, l'utérus est rigide, le col résistant. Il faut ici donner au traitement une marche inverse à celle des lésions. Combattre l'hyperhémie, l'augmentation de volume, par les scarifications

ou tel autre moyen approprié. D'ailleurs, ces complications disparues, la rétroversion, bien que persistante, peut ne provoquer aucun malaise; par conséquent, encore dans ces cas, il est inutile d'employer les pessaires.

2° *Rétroversions congénitales.* — Dans ces cas, les pessaires de Hodge, les appareils redresseurs rendent des services.

HESSE. — Si la cessation des douleurs a été obtenue, sans qu'il y ait eu réduction de la déviation utérine, il est très probable que l'amélioration ne sera que transitoire. Il faut s'attendre à une récidive.

LÉOPOLD. — Ces craintes de récidives ne sont pas justifiées par les faits, L... a vu un grand nombre de femmes qui étaient atteintes de rétroflexion utérine, chez lesquelles cependant la déviation de la matrice n'occasionnait aucun malaise. Quand des personnes, qui ont l'utérus en rétroflexion, accusent des douleurs, celles-ci ont pour cause non le changement de situation, mais la tuméfaction, la phlegmasie, l'infiltration de l'organe. L'existence de semblables phénomènes inflammatoires est une contre-indication à l'emploi des pessaires.

SCHRAMM, LÉOPOLD, BODE, font quelques remarques.

SCHRAMM. — **Du traitement de la salivation excessive pendant la grossesse.** — Cette communication a trait à une femme qui était atteinte d'un ptyalisme extrême, qu'on mit d'abord sur le compte d'un hydrargyrisme chronique. La salivation fut combattue alors par une série de moyens (iodure de potassium, atropine, galvanisation du sympathique, etc.), qui ne procurèrent qu'un soulagement insignifiant. On reconnut plus tard que le ptyalisme était causé par l'état de grossesse. On recourut de nouveau, mais inutilement, à l'électrisation du sympathique cervical. Après quoi, on essaya des injections d'ergotine, conseillées par Labbé et Daveseaux. Après l'injection, la quantité de salive excrétée dans la journée était diminuée, l'état général était aussi amélioré. Cependant, on ne constata pas une action directe de médicament, sur les glandes salivaires. En fin de compte, le bromure de potassium amena une amélioration rapide et très marquée. C'est à ce médicament, qui agit sur tous les éléments nerveux intéressés dans l'acte de la salivation, que S... accorde la préférence (*Cent. für Gynäk*, nos 30 et 31, 1886).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 5 octobre 1886.

Swayne. — **Quatre observations de rupture de la matrice,** — *Deux ruptures incomplètes, deux complètes.* La première fois, l'accident survint vers le milieu d'une grossesse utérine, sans cause appréciable. On suppose que la rupture avait dû se produire à l'occasion d'un début de travail provoqué par un fœtus de cinq mois, mort et macéré. La patiente succomba sans être délivrée. A l'autopsie, on trouva une large déchirure, intéressant la paroi antérieure de la matrice, qui avait donné passage au fœtus. Celui-ci gisait entre l'utérus et la vessie, dans une loge complétée par le péritoine. Dans un autre cas, le travail s'était déclaré au huitième mois, et la rupture parut être la conséquence d'une position transversale qui se termina cependant par l'expulsion spontanée du fœtus, *duplicato corpore.*

La première observation de rupture complète, est relative à une femme qui présentait une déformation légère du bassin et qui accouchait *à terme.* On dut faire la craniotomie. *La patiente mourut le cinquième jour après l'accouchement.* Enfin, le second cas de rupture complète, péritoine compris, p. c., est celui d'une multipare. Accouchement à terme et production inopinée de la rupture. L'enfant, évacué en partie dans l'abdomen, fut extrait par la version. Laparotomie, toilette minutieuse de la cavité abdominale, suture de la déchirure utérine. *Mort une heure après.*

R. Cox. — **Rupture de la matrice.** — Il s'agissait d'une multipare qui entra en travail le 2 mai à huit heures du matin. Jusqu'à trois heures après midi, marche très régulière de l'accouchement. Tout à coup la parturiente pousse un grand cri, et est prise de défaillance. Cessation complète des contractions. Arrivé à 6 h. 30, C. . trouve la femme mourante. Après avoir administré un cordial, il introduit la main dans la matrice qui est vide. A la paroi antérieure existe une déchirure de 11 centimètres environ, à travers laquelle il parvient à saisir une jambe. Extraction assez rapide du fœtus et du placenta. Le dégagement de la tête fut un peu gêné au niveau du détroit supérieur par suite d'un léger degré d'angustie pelvienne. *Mort peu de temps après.*

B. Hicks. — La délivrance effectuée, si l'on a constaté une véri-

table paralysie de l'utérus, si, en outre, la déchirure est assez considérable pour rendre possible un prolapsus des intestins, il faut faire l'opération de Porro. Cela vaut mieux que d'abandonner le cas à sa terminaison naturelle, qui est presque invariablement la mort.

HORROCKS. — La délivrance par les voies naturelles est difficile et périlleuse. La laparotomie offre seule des chances sérieuses de succès. Quant à la question de savoir si l'on doit suturer la déchirure ou enlever l'utérus, elle ne doit être résolue qu'après appréciation des lésions. Si la déchirure est considérable, irrégulière, l'opération de Porro s'impose. Dans le cas contraire, si par exemple les bords de la plaie sont nets, mieux vaut les suturer très exactement.

ROUTH. — La rupture constatée, tenter l'extraction par les voies naturelles constitue une pratique inutile et brutale. On risque d'irriter l'intestin, d'agrandir la déchirure, et d'augmenter l'hémorrhagie et le choc. La règle, c'est de *procéder immédiatement à la laparotomie*.

GALABIN. — Quand l'enfant est passé dans la cavité abdominale, c'est sans nul doute la laparatomie qu'on doit pratiquer. L'extraction par les voies naturelles ne peut qu'augmenter les lésions. L'opération de Porro n'est que rarement bien indiquée, quand la déchirure, *siège haut*, et est irrégulière. Mais, le plus souvent, elle commence dans le vagin ou dans le segment inférieur de l'utérus.

CHAMPNEYS. — Comme le dit le Dr Routh, il faut, *dès que la rupture est constatée*, faire la laparotomie. Quant aux préférences que l'on a montrées pour l'opération de Porro, elles tenaient surtout à ce que l'on comparait les résultats qu'elle a fournis avec l'aide de l'antisepsie, à ceux désastreux de l' « *opération césarienne classique* ». Mais les perfectionnements apportés par Sängers à celle-ci ont singulièrement changé la question. L'opération de Porro n'est, au point de vue de la complication actuelle, que très rarement indiquée, car la déchirure descend presque toujours au delà du niveau de la surface de section.

A. DORAN. — **Papillomes de la trompe de Fallope; relations de l' « hydroperitoneum » avec les affections tubaires.** — D... a observé récemment un cas de papillome de la trompe. Il en a déjà publié un autre (*Trans. path. Soc.*, vol. XXXI). De l'examen de ces deux faits, il déduit les conclusions suivantes : le papillome de la trompe est une maladie très rare, ou bien elle a été fréquemment méconnue. Elle peut cependant s'accompagner de symptômes accusés. La douleur toutefois n'est pas un phénomène nécessaire. Il existe toujours une tumeur pelvienne. Le papillome ne constitue pas une affection

maligne. Dans le premier cas, il y avait un épanchement dans la cavité périteonale, et l'extrémité abdominale de la trompe n'était pas obstruée. Ce fait semble démontrer que l'« *Hydropéritonéum* » (dénomination sous la laquelle M. Duncan désigne un état particulier du péritoine présidant à certains épanchements auxquels on ne peut décrouvrir aucune autre cause) pourrait fort bien être souvent l'effet d'une inflammation catarrhale de la trompe avec persistance de son orifice abdominal. Exceptionnellement, ce catarrhe serait sous la dépendance d'une tumeur papillomateuse tubaire. (*Brit. med. Journ.. octobre* 1886.)

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ GYNÉC LOGIQUE AMÉRICAINE

Onzieme réunion annnelle. Baltimore, 21-23 *septembre* 1886.

Le discours de bienvenu est prononcé par le Dr H.-P.-C Wilson, qui lit ensuite un mémoire sur la **divison du col en arrière dans quelques cas d'antéflexion de l'utérus, accompagnée de dysménorrhée et de stérilité.**

Voici les indications spéciales de cette opération : 1° l'allongement du col avec flexion aiguë ; 2° hyperplasie et induration du col qui prend la couleur d'une mûre et devient aussi ferme qu'un cartilage; 3° présence au niveau de l'orifice interne d'une bande dure rendant le cathétérisme difficile. Dans ces cas, les malades sont presque toujours stériles. La section faite nettement, avec les précautions antiseptiques et suivie d'un traitement convenable, ne présente pas plus de danger qu'un coup de bistouri partout ailleurs ; elle est, au point de vue du danger, absolument incomparable à la dilatation faite avec les tiges d'acier. Dans quelques cas, l'auteur fait des badigeonnages utérins avec la teinture d'iode de Churchill, mais ne donne des médicaments que pour fortifier la santé générale. L'opérée est en général remise au bout d'un mois. Wilson n'a perdu aucune malade du fait de l'opération, sur 400 fois qu'il l'a pratiquée.

Le Dr T.-A Emmet a partagé les idées de Wilson, mais il a dû changer d'avis. Il faut distinguer la dysménorrhée de la stérilité au point de vue du traitement. Quant à la dysménorrhée mécanique, c'est un mythe pour lui. Il existe une flexion du col congénitale, et qui accompagne

un défaut de développement du vagin; le col aussi n'a pas son développement normal. La stérilité en est la conséquence, comme un certain degré de dysménorrhée. Emmet a encore reconnu l'existence d'une flexion cervicale due à la pelvi-péritonite ou à quelque désordre utérin; elle s'accompagne de stérilité, mais n'est curable par aucune opération. Dans le premier cas, la dysménorrhée cesse au moment de l'apparition du sang; dans le second, la douleur ne paraît qu'avec le sang, et continue et augmente pendant l'évacuation menstruelle; elle lui survit parfois. Ce n'est que dans le premier cas qu'il opérerait pour faire cesser la stérilité, mais non la dysménorrhée. Les cas de la seconde catégorie peuvent s'améliorer, mais non par la section du col, puisque le mal est hors de l'utérus. Emmet n'opère donc qu'après la cessation de tout accident inflammatoire; quelque large que soit le canal, la malade ne sera pas soulagée tant que l'état extra-utérin persistera.

Le Dr J.-R. Chadwick, de Boston, a reconnu l'existence d'une forme congénitale de flexion, qui tient à la persistance de l'état infantile de l'utérus. Son but, dans ce cas, est d'élargir l'orifice externe, et il a vu la conception se produire. Il croit qu'il faut réserver l'opération pour les cas où l'utérus est à peu près bien développé, mais dans lesquels l'orifice externe est étroit.

Le Dr W.-P. Baker, de Boston, ne fait plus souvent cette opération, car peu de femmes s'en trouvent définitivement soulagées.

Les Drs F. Barker. J. Scott, de San-Francisco, Howard, de Baltimore, prennent part à la discussion.

Ce dernier a obtenu d'excellents effets, durables, par la section du col.

Le Dr C. Stanbury Sutton, de Pittsburgh, lit un mémoire sur **une modification de l'opération d'Emmet**; avec de forts ciseaux il divise bilatéralement le col, suivant une ligne droite qui passe par le centre du canal cervical, et aussi profonde que l'épaisseur du tissu dur; puis une seconde incision de même profondeur, parallèlement à la *gauche* de la première de la lèvre supérieure, à *droite* de la lèvre inférieure. Les deux dernières incisions sont faites curvilignes, pour donner une bonne forme au col futur. Enfin, il fait une quatrième incision autour du bord des deux lèvres. Ces incisions esquissent les portions qu'il faut aviver. Il coupe alors le tissu induré avec des ciseaux courbes.

Le Dr Emmet admire l'ingéniosité de ce procédé; néanmoins il

croit mieux d'amputer une portion du col et de couvrir le moignon avec le tissu vaginal. Il craint que les tissus ne se réunissent pas au fond de l'angle.

Discussion. — ENGELMANN, W.-H. BAKER, A.-P. DUDLEY, de New-York, J.-K. CHADWICK.

Traitement de la déchirure récente du col, par ELLWOOD WILSON, de Philadelphie.

L'auteur croit que la déchirure récente du col peut être guérie par l'application d'une solution concentrée de nitrate d'argent, et il cite six cas à l'appui. Quand il découvre une déchirure aussitôt après l'accouchement, il fait une injection vaginale de sublimé à 1/3.000 à 37° 7, et place un crayon d'iodoforme. Il répète l'injection tous les trois jours et remplace le crayon.

Discussion. — F. BARKER, T.-A. EMMET. Ce dernier remarque combien la nature est habile à réparer les plaies de l'accouchement, pourvu que l'accouchée n'ait pas d'infection septique.

Le Dr J. SCOTT, de San-Francisco, n'a opéré qu'une fois le col aussitôt après l'accouchement, et il a eu grand peine à empêcher la section des tissus par les fils.

Inflammation pelvienne, cellulite et péritonite, par T.-A. EMMET. Le mot cellulite signifie inflammation pelvienne, sans distinction de siège spécial; mais on suppose, en général, qu'elle débute dans le tissu conjonctif. L'inflammation du tissu conjonctif s'accompagne généralement de phlébite causée souvent par la pression subie pendant l'accouchement. Cette sorte d'inflammation tend à une résolution rapide, les tissus reviennent bientôt à l'état sain, si l'empoisonnement septique ne se produit pas. Lorsqu'une matière septique pénètre dans les lymphatiques, ces vaisseaux s'enflamment et le péritoine est bientôt intéressé. Contrairement à l'opinion générale, Emmet croit que, plus une inflammation pelvienne est limitée, pourvu qu'elle ne soit pas une cellulite simple, plus ses conséquences seront sérieuses; si elle passe inaperçue, elle est plus à craindre, parce qu'elle a probablement son siège dans le péritoine et qu'elle est, en général, le reste d'une inflammation plus étendue. Les discussions récentes lui rappellent l'apologue des deux chevaliers qui se réncontrent devant un bouclier, doré d'un côté, argenté de l'autre, et qui ne peuvent s'accorder, hacun ne regardant que la face tournée de son côté.

S'il a existé une inflammation étendue dans le tissu conjonctif placé entre les plis du ligament large, le péritoine qui les recouvre ne peut

avoir échappé. Les surfaces opposées s'unissent ensemble, le ligament large s'aplatit, de sorte que le cul-de-sac de Douglas du côté malade disparait, et la paroi vaginale s'élève. C'est ce qu'on trouve, quand on enlève une trompe malade. Si le tissu conjonctif voisin peut combler la perte de substance, les organes reprendront leur forme, et la trace de la lésion ne sera plus perceptible. Mais, si l'inflammation a été étendue ou s'il s'est produit un abcès, la nature ne peut réparer la perte que par une inflammation adhésive : on trouve alors, suivant le cas, ou une petite fossette, ou une déformation due à la rétraction des tissus.

L'enlèvement des trompes est beaucoup plus fréquent chez les femmes qui forment la clientèle hospitalière que chez les femmes riches vu la différence des conditions d'existence. Emmet est néanmoins convaincu qu'on ne doit le faire qu'en dernier ressort et qu'il faut être fort habile pour en déterminer les indications, et plus habile encore pour l'exécuter.

BATTEY croit que l'inflammation du tissu cellulaire pelvien dépend en grande partie des maladies des ovaires, et qu'une pelvi-cellulite qui donne lieu à des troubles accusés est le plus souvent secondaire. Emmet ne voit donc qu'une face du bouclier, lui-même ne voit que l'autre. Si l'on met de côté les cas de blennorrhagie, Battey croit que la cause de la salpingite est, non dans le tissu cellulaire, mais dans les ovaires.

Il croit avec Emmet qu'on enlève trop facilement les ovaires; il ne faut pas faire l'ovariotomie pour tous les cas de maladie organique des ovaires.

STANDBURY SUTTON, de Pittsburg, dit que l'ovaire malade n'a pas droit à un plus grand respect que les autres organes. Quelle que soit l'origine du mal, si la trompe est pleine de pus, ou si l'ovaire est assez malade pour que la vie de la femme lui soit un fardeau, lui, chirurgien, croit faire son devoir en l'enlevant comme il le ferait pour un œil malade. Il confesse néanmoins qu'on a abusé de cette opération.

S.-C. BUSEY, de Washington, croit aussi qu'on l'a pratiquée trop souvent et qu'elle a été faite par un trop grand nombre d'opérateurs.

M.-P. MANN, de Buffalo et H.-P.-C. WILSON ajoutent quelques mots.

La gastrotomie pour la péritonite chronique suppurée, par JOHN C. REEVE, de Dayton (Ohio). Annie X..., âgée de 19 ans, vivant en concubinage, a eu souvent des douleurs dans le ventre et de la fièvre. Quand Reeve la vit, elle présentait tous les symptômes de la périto-

nite chronique; puis elle perdit du pus par le rectum. Elle finit par accepter l'opération. Reeve trouva une collection purulente dans le côté gauche de l'abdomen; les parois de la cavité étaient si dures et si épaisses qu'il ne put pas les amener au contact des bords de l'incision pour les suturer; les intestins étaient fortement adhérents sur de larges surfaces. Les selles furent quotidiennes, et ne continrent pas de pus; mais le quatorzième jour une grande quantité de matières sortit par la plaie, et cet accident se répéta plusieurs fois. L'auteur croit que ce cas parle hautement en faveur de l'opération. Lors même que la fistule de son opérée ne se fermait pas, Reeve ne croit plus que ce soit une preuve en faveur de l'opinion de Byford, qui affirme que la fistule stercorale est inévitable après la laparotomie faite dans ces conditions. Elle lui paraît plutôt être due à l'émaciation, à la malnutrition, aux modifications subies par les tissus intéressés qui s'opposent à la réunion des lèvres de la plaie. Mais la fistule est-elle la conséquence nécessaire de la laparotomie, lorsque le pus a déjà passé dans le rectum?

Discussion. — Scott, Goodell, Lee, qui approuve la laparotomie dans quelques cas de péritonite suppurée, Chadwick, Sutton, et J. Taber Johnson.

John Goodmann, de Louisville (Kentucky). **L'ergot après l'accouchement.** L'administration de l'ergot, habituelle maintenant, a pour but de prévenir les tranchées, de provoquer l'involution, et de prévenir l'hémorrhagie. Goodman cite un cas dans lequel de petites doses d'ergot ont causé un spasme tétanique de l'utérus et un autre dans lequel l'accouchée a eu une septicémie. L'ergot ne hâte pas l'involution, parce que c'est un processus naturel, qui demande un certain temps pour s'accomplir. S'il empêche les tranchées, c'est par une action anti-physiologique. Le seul avantage est de garantir l'accouchée contre l'hémorrhagie, mais il est si dangereux qu'il ne faut pas l'administre sans discernement. Dans les cas où une hémorrhagie est menaçante, les injections hypodermiques d'ergotine sont préférables à l'administration par la bouche.

Barker n'a jamais entendu la lecture d'un mémoire contenant un raisonnement aussi original.

Reamy, président, sans être tout à fait aussi absolu que Goodman, fait remarquer que la contraction ergotique est constante et diffère de celle qui doit se produire après l'expulsion du placenta, qui est intermittente. L'ergot gêne la circulation utérine et peut être les fonde-

ments de la sepsie. Il est convaincu que « l'administration générale de l'ergot fait plus de mal que quoi que ce soit d'autre. »

GOODELL, qui l'a donné aux 2,500 accouchées qu'il a assistées, n'a jamais vu qu'il fit du mal. Il ne croit cependant pas qu'il prévienne la septicémie.

PARVIN croit que de petites doses d'ergot augmentent la force de la contraction normale et qu'on peut avec avantage l'employer avant l'évacuation de l'utérus (1), comme cela a été pratiqué par Ellwood Wilson et Murphy, qui l'administrent et ont tant de succès dans les cas d'insertion vicieuse.

Discussion. — ENGELMANN, SKENE, P. C. WILLIAMS, de Baltimore.

Le Président, S.-A. REAMY, de Cincinnati, prononce son *adresse*. C'est une revue gynécologique, dans laquelle il effleure un grand nombre de sujets. Nous sommes, dit-il, dans l'époque abdominale de l'âge chirurgiral, en gynécologie. Il ne s'explique pas pourquoi les statistiques américaines ne sont pas encore aussi belles que celles de quelques pays étrangers. *L'enlèvement des ovaires*, malgré ses magnifiques résultats, lui semble être fait trop fréquemment. Un statisticien pourra, dit-il, s'amuser un jour à supputer les années de vie humaine perdues par l'ablation d'ovaires encore capables de fonctionner.

L'opération d'Alexander compte des succès et des échecs.

Reamy parle ensuite du *diagnostic*, puis de *l'électricité*. L'*hystérectomie* n'a donné à Keith que 8 0/0 de morts.

Reamy espère que la *craniotomie* pourra dans quelques années ne plus exister qu'à l'état de souvenir. L'*épithélioma du col* est probablement local au début, et ses cellules n'envahissent les tissus voisins que secondairement ; Reamy est convaincu que le traumatisme de l'accouchement constitue une forte prédisposition au développement de cette maladie.

Il recommande un usage prudent de la *curette utérine*.

Influence des impressions maternelles sur le fœtus, par F. BARKER. L'auteur cite Montgomery, Rokitanski, Carpentier, Dalton, qui croient à la probabilité d'une influence réelle des impressions maternelles sur le produit. Lui-même l'admet (2). Il est rare néanmoins

(1) Voir l'admirable leçon de Pajot, *in Gazette des hôpitaux* 1886, p. 132, et les art. de Stapfer, *in Union médicale*, 1886, t. I, p. 97 et 109.

(2) Cependant Darwin cite le fait suivant : Dans une des grandes maternités de Londres, on a, pendant plusieurs années, interrogé toutes les femmes avant leurs couches, sur les faits qui pouvaient les avoir frappées

qu'on puisse prouver cette influence, « mais il serait aussi rationnel « de la nier, que de nier l'existence des tremblements de terre, parce « qu'on n'a pas encore pu les expliquer ».

Busey l'admet aussi, et Goodell cite un cas intéressant.

La Société nomme une commission de trois membres pour étudier cette question.

J. Byrne, de Brookln, lit un mémoire sur **le traitement de la procidence utérine par le cautère galvanique**. Il ne croit point que le périnée soutienne l'utérus.

Il a amputé avec le galvanocautère le col utérin d'une femme affectée de procidence ; à la suite de cette opération, la malade, une blanchisseuse, a été guérie. Il a traité ainsi 9 cas en tout.

L'électricité en gynécologie, par Engelmann. La condition importante est non pas le nombre des éléments, mais le point d'application des électrodes, comme **Mundé l'a démontré.**

L'électrolyse dans la chirurgie gynécologique, par W.-H. Baker, de Boston. L'auteur ne parle que du courant galvanique, dans le traitement des fibromes et des exsudats périmétriques. Il conclut que l'électrolyse est un agent utile dans ces maladies ; elle réussit bien dans les fibromes et il n'est pas nécessaire d'appliquer souvent le courant. Dans le cas d'affections périmétriques, il faut s'assurer de la disparition des symptômes aigus.

Les règles de l'application, au nombre de 14, sont trop nombreuses pour être énoncées dans une revue rapide.

Discussion. — Chadwick, Sutton, Hunter, Mann, Byrne, Engelmann, Baker.

Coloration bleue de l'entrée du vagin comme signe diagnostique de la grossesse, par J.-R. Chadwick. L'auteur a examiné 440 femmes, la plupart au début de la grossesse. Toutes les fois, sauf une, que cette coloration existait, la femme était enceinte. Suivant lui, elle a une grande valeur, mais elle est fréquemment absente dans les quatre premiers mois de la grossesse.

Discussion. — Emmet, Parish, Richardson, de Boston.

---

pendant leur grossesse ; leurs réponses étaient aussitôt sténographiées. Pas une seule fois, on n'a pu constater la moindre coïncidence entre les réponses et les cas d'anomalies présentées par leurs enfants. Mais très souvent, après avoir eu connaissance de la monstruosité, les mères accusaient des faits qu'elles ne se rappelaient qu'alors. (*Histoire des monstres*, par E. Martin, p. 23.)

R.-S. SUTTON présente les pièces de trois cas d'**hystérectomie supra-vaginale**.

Il estime que cette opération est rarement justifiable.

Discussion. — REEVE, de Dayton, WILSON, WYLIE, REAMY.

Mortalité après l'opération césarienne aux Etats-Unis, par M.-H. PARISH. La mortalité devient de plus en plus élevée, depuis cinq ans. Faite dans de bonnes conditions, elle a sauvé 75 0/0 des femmes et 80 0/0 des enfants. Les résultats actuels tiennent d'après l'auteur, à ce qu'on opère tardivement, et après avoir essayé le forceps, la version, la craniotomie.

Discussion. — REEVE, JACKSON, BAKER, JONHSON, REAMY.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 6 mai 1886.

Asepsie non antisepsie, par H.-A. KELLY. Si l'on emploie l'acide phénique en solution assez concentrée pour prévenir certainement la sepsie on tue parfois la malade, aussi bien que les germes. On ne connaît pas à l'avance la suceptibilité de la malade.

Bien souvent, les opérateurs et leurs assistants ont trop de confiance dans les antiseptiques, et leurs mains ou leurs instruments ne sont pas propres.

S'il faut employer les germicides, c'est avant l'opération, et en solution assez concentrée pour neutraliser tout principe septique que pourraient transporter les instruments. Puis, que l'opérateur aille vers la malade avec des mains propres, des instruments propres, etc., et il n'aura pas besoin d'antiseptiques ; et le corps de l'opérée ne sera pas le champ de bataille des germes et des solutions antiseptiques qui se livre souvent au grand détriment de la femme ; d'ici peu, l'ère des solutions sera close, le chirurgies *heureux* ira opérer avec de l'eau pure et des bassins secs pour ses instruments et assez de liquide pour laver ses éponges. L'eau de nos réservoirs, toute malpropre qu'elle est, ne contient pas, dit l'auteur, de germes septiques, mais l'ébullition la rend parfaitement innocente.

C'est une erreur d'appliquer le listérisme à la chirurgie abdominale; l'agglutination rapide des surfaces péritonéales ferme bientôt le sac. Une poudre sèche stérilisée absorbera le peu d'exsudation séreuse que pourront donner la plaie et les sutures ; il suffit de la recouvrir avec du coton absorbant et un bandage serré.

L'infection du péritoine par la plaie fermée est minime, mais la paroi abdominale risque fort d'être infectée par les ouvertures des sutures; on l'évite par la méthode de Keith,avec la glycérine phéniquée. Lawson-Tait a écrit à Kelly, le 15 mars dernier : « Je ne me sers que « d'eau commune, je ne la fais pas bouillir, mes instruments sont la- « vés avec de l'eau de savon, je ne me sers que de ouate absorbante. » T. Keith, d'Edimbourg, lui écrivait le 16 mars : « Il faut désinfecter tout « ce qui touche la plaie, une solution faible appliquée sur la plaie ne « peut faire aucun mal. L'eau chaude est utile. »

« Je fais brosser mes instruments après une opération et on les « nettoie avec une solution à 5 0/0 d'acide phénique avant de les « employer. La sepsie peut venir de la plaie, mais elle pénètre rare- « ment au dedans. Je fais un simple pansement de gaze décuple, trem- « pée dans la glycérine phéniquée à 1/8, et place par-dessus un ban- « dage de flanelle. »

Discussion. — MONTGOMERY, CH.-H. THOMAS, M. PRICE, CH.-M. WILSON, PARISH, qui pensent, comme KELLY, que la propreté est le premier antiseptique.

LONGAKER regrette d'entendre ce dénigrement des antiseptiques. LUSK croit que la femme pauvre, sous la protection des antiseptiques. est plus en sûreté que la femme riche, dans son luxueux hôtel, sans les antiseptiques.

SOPER croit qu'il ne faut négliger ni la propreté, ni les antiseptiques,

M. O'HARA rapporte un cas de **grossesse extra-utérine, rupture de la trompe, laparotomie le 33e jour,** ***guérison.***

Discussion.— PARISH, HARRIS, PRICE, BAER.

Opération de Sänger, par R.-P. HARRIS.

Cette opération, d'après Sänger, a été faite 25 fois et a sauvé 18 femmes (72 0/0), et 22 enfants 85 0/0). Sänger estime qu'elle doit détrôner la craniotomie, puisqu'elle est si peu souvent mortelle et qu'elle sauve l'enfant, mais il faut la faire de bonne heure.

R.-P. HARRIS lit une lettre de Lawson-Tait sur la **faradisation dans la grossesse extra-utérine**, dont voici quelques extraits : « Le dia- « gnostic de ces cas est presque un hasard; on ne peut les « reconnaître qu'une fois sur trois. J'ai une très sérieuse objection à « les traiter par la faradisation. Supposons que le fœtus est passé « par une perforation de la trompe et soit encore vivant; quel droit « avez-vous de le tuer? A terme on pourra l'obtenir vivant et la « femme a beaucoup plus de chances de se sauver que par la faradisa-

« tion qui tue le fœtus ; car, dans mon expérience, on en sauve 5 sur 6. »

Harris ajoute qu'on ne fait pas l'électrolyse en Amérique pour ces cas, et on ne se sert pas d'aiguille ; le courant électro-magnétique ne fait pas courir plus de danger à la malade que la tumeur qu'elle porte. On ne cherche pas à agir sur le fœtus lorsqu'il a passé dans l'abdomen, à moins qu'il ne soit fort petit. La laparotomie donne 15 morts sur 19.

Puis Harris cite 21 cas de fœtus extra-utérins portés par des femmes plus ou moins longtemps.

O'Hara présente une **tumeur fibro-cystique de l'utérus** enlevée après la mort, chez une femme qui l'avait portée plus de 20 ans.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 2 avril 1886.

Accumulation fécale gênant l'accouchement, par S.-C. Busey. La malade ne croyait pas être constipée ; elle avait eu une selle facile. Le cathétérisme n'amena l'évacuation que de 4 onces d'urine ; Busey croit qu'il n'a pas vidé complètement la vessie. Le bassin était occupé par une masse extra-vaginale de consistance osseuse ; l'orifice situé derrière la symphyse était occupé par la poche des eaux. Busey, ayant fait anesthésier la parturiente, divisa le bol fécal et en fit l'extraction. Le travail marcha dès lors sans encombre, et l'accouchée évacua bientôt après une grande quantité d'urine.

King cite le cas d'une malade qui n'avait pas eu de selle depuis six mois, d'autres ne vidaient leur rectum que trois ou quatre fois par an.

G.-W. Johnston rapporte le cas, cité par Rouyer (*Gaz. hebd.* 1862), d'une femme qui ne pouvait accoucher, l'enfant étant arrêté par une masse fécale énorme. Il fallut la force de trois hommes pour la délivrer ; les parties furent déchirées ; elle eut un abcès qu'il fallut ouvrir, et elle mourut 36 heures après l'opération. Dans le même article, Rouyer raconte l'histoire d'une femme qui était restée cinq jours sans aller à la selle. Trois étudiants, ne pouvant pas l'accoucher, appelèrent Fournier en consultation ; il prescrivit des lavements, mais on ne trouva pas d'anus : le rectum s'ouvrait dans le vagin. On le ponctionna et on en retira une masse fécale et des noyaux de cerises. La malade accoucha alors spontanément.

(Résumé d'après l'*Am. J. of. obst.*, 1886, p. 1050 à 1106, par A. Cordes.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, par T. Gallard (J. Baillère, Paris 1886). — Ce nouveau recueil de leçons de M. Gallard sur *la pathologie des ovaires* est le complément de l'ouvrage paru en 1884, sous le titre : *Leçons sur la menstruation et ses troubles.*

Le premier chapitre sert en quelque sorte de transition entre les deux volumes. Il est consacré à l'histoire de l'hématocèle péri-utérine qui, d'après la doctrine acceptée, développée et défendue par l'auteur, *ne serait, dans la très grande majorité des cas, qu'un simple trouble de l'acte de l'ovulation, une véritable ponte extra-utérine, dont le mécanisme ne diffère en rien de celui de la grossess extra-utérine.* M. Gallard s'occupe ensuite de l'*ovarite* dont l'étude clinique, à laquelle il a contribuée un des premiers et pour une large part, ainsi que plusieurs de ses élèves (Bouveret, Darolles, Vermeil, Brouard, Dalché), est de date récente. Puis nous passsons au *phlegmon péri-utérin*, qui avait été le sujet de la thèse (1) de M. Gallard, et qui a été, de sa part, l'objet de nombreuses recherches. On trouvera dans ce chapitre un historique très intéressant des « *fluctuations* » de ce phlegmon dont l'existence, niée par certains auteurs (Bernutz et Goupil), qui un moment firent de nombreux adeptes, et admise par d'autres (Gendrin, Nonat, Valleix, Gosselin, Bennet, F. Churchill, R. Barnes.....), a été démontrée par des observations concluantes (2).

Dans les chapitres suivants, il est traité de *la péritonite, de l'ovarialgie, des troubles nerveux d'origine ovarienne, des déplacements, des hernies des tumeurs et kystes de l'ovaire* ; un dernier paragraphe est consacré à l'ovariotomie sur laquelle l'auteur émet son appréciation personnelle, tout en indiquant les circonstances où elle doit être faite et comment il faut procéder. Chemin faisant, il entre dans quelques considérations ayant trait à l'*antisepsie* et formule ce que devrait, à son avis, être le *pansement antiseptique.*

Tel est, simplement, le cadre de cet ouvrage. Il ne nous a pas paru, en effet, qu'il fût indiqué de risquer une analyse plus étendue. Essentiellement cliniques, ces leçons se prêtent mal à des analyses qui, toujours plus ou moins schématiques, ne sauraient en refléter les qualités maîtresses. Il faut donc les lire et les relire ; et ce sera une besogne très profitable. Il s'agit, en effet, de questions de pratique de première importance.

En ce qui concerne la simplicité, la clarté de l'exposition et l'élégance du style, il serait oiseux d'insister; ce sont attributs inséparables des œuvres du médecin de l'Hôtel-Dieu. R. L.

---

(1) Gallard. Thèse janvier 1885.
(2) Gallard. *Démonstration anatomique de l'existence du phlegmon nétro-utérin.* Acad. de médecine, séance du 6 février 1872.

VARIÉTÉS

Clinique des Maladies des femmes à l'Hôtel-Dieu. — M. le Dr GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des *Maladies des femmes*, le mardi 23 novembre 1886, et le continuera les mardis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de Gynécologie.

Le jeudi et le samedi, consultation avec examen au spéculum.

Tous les jours à neuf heures, exercices cliniques (salle Sainte-Marie).

Cours d'accouchement. — MM. BOISSARD et BERTHOD ont commencé un cours complet d'accouchements le jeudi 4 novembre, à 4 heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons.

Cours d'accouchements. — M. le Dr FOURNEL, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au *toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.*

S'adresser, pour renseignements et pour s'inscrire, au docteur Fournel, 7, rue de la Michodière, ou au Concierge du Cours.

Policlinique de chirurgie des femmes du Dr BERRUT, 151, rue de Grenelle-Saint-Germain, du 1er novembre au 31 août de chaque année :

Le jeudi, à 9 heures : Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la préseutation de leur carte; à 10 heures : consultations ouvertes aux auditeurs inscrits.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succr, imp. de la Fac. de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

LA GYNÉCOLOGIE A L'HOTEL-DIEU DE PARIS (1)

Par le Dr Gallard.

MESSIEURS,

En prenant possession de cet amphithéâtre, spécialement affecté à l'étude et au traitement des maladies des femmes, j'ai un double devoir à remplir.

Je dois d'abord remercier l'Administration de l'Assistance publique d'avoir officiellement reconnu l'utilité de l'enseignement auquel je me livre depuis plus de vingt-et-un ans, et qui, à peine toléré au début, puis visiblement encouragé plus tard, reçoit enfin aujourd'hui une véritable consécration administrative. Je ne dirai pas quelle persévérance, quels efforts continus il m'a fallu déployer, quels déboires j'ai dù éprouver, quels obstacles j'ai eu à surmonter pour arriver à ce résultat. Ce qui m'a toujours soutenu, c'est la sympathie des élèves, à laquelle est venu se joindre, en dernier lieu, l'appui bienveillant et efficace du Directeur général de l'Assistance publique que le gouvernement a eu l'heureuse idée

(1) Leçon d'ouverture du Cours *de olinique des maladies des femmes* faite le 23 novembre 1886 à l'Hôtel-Dieu.

de choisir parmi les membres du corps médical. C'est une innovation dont il a si bien lieu de s'applaudir, qu'après avoir placé M. Peyron à la tête des hôpitaux de Paris, il vient d'appeler un autre de nos confrères, M. le Dr Cazelles, ancien interne de ces mêmes hôpitaux, à la direction de tous les établissements d'Assistance publique de France.

C'est à M. le Docteur Peyron que nous sommes redevables de cette installation, modeste mais suffisante, qui, tout en vous rendant plus accessible l'étude des maladies des femmes, nous permet de dispenser des secours et des soins à un plus grand nombre de malades, et nous lui en sommes, tous, infiniment reconnaissants.

Ce premier devoir de gratitude accompli, je veux vous rappeler ce qu'ont fait, pour la partie de la science dont nous nous occupons, ceux de nos Maîtres qui m'ont précédé dans cet hôpital, et aux travaux desquels je serais heureux de pouvoir ajouter un nouveau contingent. Ce sera le complément de la Revue des progrès de la gynécologie, depuis le commencement du XIXe siècle, par laquelle j'ouvrais mon cours de l'année 1885.

Le premier nom qui se présente à l'esprit est toujours celui de Récamier. Saluons avec respect cette figure vénérable. Elle nous rappelle un des médecins qui ont jeté le plus d'éclat sur cet hôpital, où il a professé pendant 45 ans. C'est celui de tous nos prédécesseurs qui a fait faire le plus de progrès à la pathologie des organes génitaux de la femme. Il entra à l'Hôtel-Dieu l'année même où il fut reçu docteur en médecine et, après avoir été *suppléant*, puis *expectant*, il fut nommé *médecin ordinaire* le 10 décembre 1806, à l'âge de 32 ans. A ce propos, Frédéric Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, qui était censé faire son éloge, — et Dieu sait ce que pouvait être un éloge prononcé par F. Dubois, — faisait remarquer que « c'était alors une situation fort importante que celle de médecin de l'Hôtel-Dieu. » Nous aimons à croire qu'il en est toujours ainsi, et que cette situation

n'a, pendant le cours de ce siècle, rien perdu de son importance. Seulement, on ne l'obtient plus, ni aussi jeune ni aussi facilement qu'au temps de Récamier. Maintenant, nous devons demander au concours le droit de prendre rang pour arriver à ce poste si envié, et ne l'obtenir qu'après avoir été déjà mûris par l'âge et l'expérience acquise dans la pratique d'autres hôpitaux, offrant autant de ressources au travail et à l'étude, quoiqu'ils soient moins en évidence ; et quand nous y sommes une fois arrivés, nous ne tardons pas à être atteints par la limite d'âge, qui fait sonner, pour nous, l'heure de la retraite.

Récamier, pour qui la fortune et la renommée étaient également souriantes, ne fut pas cependant toujours à l'abri des mécomptes et des désillusions. Il eut, lui aussi, ses heures de déboires et de désenchantement. Il était professeur de la Faculté de médecine et du Collège de France ; il avait, pour ainsi dire, créé, à l'Hôtel-Dieu, l'enseignement de la clinique, dans lequel il avait un succès qui n'a jamais été dépassé, lorsqu'il fut brusquement, brutalement, arraché de cette chaire à laquelle son souvenir demeurera perpétuellement attaché.

Fidèle à ses affections pour la famille des Bourbons, il fut révoqué pour refus de serment au roi Louis-Philippe, comme vingt ans plus tard, un de ses successeurs, Chomel, fidèle à ses affections pour la famille d'Orléans, le fut pour refus de serment à l'empereur ; triste retour des choses d'ici-bas, prouvant combien il serait à désirer que la politique fût complètement exclue des régions médicales, où nos discussions, purement scientifiques ou professionnelles, sont plus que suffisantes pour créer souvent trop d'antagonismes et d'inimitiés.

Récamier a eu cet avantage sur Chomel, qu'après avoir été privé de sa toge de professeur, il a pu cependant continuer à enseigner, comme médecin de l'hôpital, titre que n'avait pas Chomel. A ses leçons officielles ont succédé des leçons purement officieuses ou libres, mais elles n'ont été ni moins fructueuses, ni moins suivies, et, pendant quinze ans encore, de 1830 à 1845, on l'a vu continuer ses cours, entouré d'élèves qui devaient prendre, plus tard, le premier rang dans la

science, et quis'appelaient : Cruveilhier, Trousseau, Marjolin, Nélaton, Horteloup, Pidoux, Foville, Amussat, Gibert, Gouraud, Henri Roger, Bonnet (de Lyon), Hélot (de Rouen), Bouchacourt et tant d'autres, dont l'assiduité a pu empêcher que le vide se fît jamais autour de lui.

Laissez-moi ajouter que, s'il n'a pas eu à supporter les rudes épreuves du concours, Récamier était cependant de force et de taille à les affronter. Il l'a bien prouvé quand, à 56 ans, il se disposait à reconquérir la chaire dont on venait de le déposséder. Il eût été beau de le voir triompher dans une semblable lutte, que ses amis ont eu raison de le dissuader d'entreprendre, sans s'y être préparé à l'avance, et à un âge où l'on n'a plus les aptitudes nécessaires à ce genre d'exercices.

Ce qui assigne à Récamier le premier rang en gynécologie, c'est certainement l'invention du spéculum, instrument qui existait peut-être avant lui ; car on en trouve la description et des dessins dans les auteurs les plus anciens, même dans ceux qui ont écrit avant Jésus-Christ ; mais sans que ces instruments et ces modèles répondissent à de véritables besoins et aient pu être vulgarisés, jusqu'au moment où, un jour, après tant d'autres, Récamier eut l'idée de regarder dans le fond du vagin.

Il se servit alors d'un simple tube de métal, destiné, non pas à lui faire voir, mais à lui permettre de porter des pansements sur les portions de la matrice ulcérées, qui donnaient lieu à des écoulements liquides, plus ou moins ichoreux, et qu'il fallait modifier par des applications de topiques, *tout en* préservant le vagin, et ne touchant que la partie malade située au fond de ce conduit. Il s'aperçut bien vite que, non seulement il pouvait, grâce à ce tube protecteur, atteindre, les parties malades, — tout en préservant les parois vaginales du contact des caustiques avec lesquels il voulait modifier les points affectés, — mais aussi qu'il pouvait voir les altérations dont les parties étaient le siège, constater la forme et l'étendue

du mal et, en même temps, suivre les progrès du traitement qu'il avait institué.

C'est à dater de ce moment (1804) que son spéculum fut inventé, et qu'il entreprit de démontrer, dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, l'utilité de cet instrument qui, pour la gynécologie, devait rendre autant de services que le stéthoscope de Laënnec pour l'étude des maladies de la poitrine et du cœur. Ce n'était, à l'origine, comme je viens de le dire, qu'un simple tube cylindrique. Plus tard, trouvant qu'il ne lui permettait pas de voir assez profondément, Récamier coupa ce tube longitudinalement, en deux segments qu'il pouvait écarter au niveau de la vulve, afin d'avoir un champ d'exploration un peu plus étendu.

Mais, avant qu'il y eût apporté lui-même ce perfectionnement, un autre des Maîtres les plus illustres qui aient honoré la science française, Dupuytren, le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, avait déjà modifié le simple tube de Récamier, en y ajoutant, à son extrémité, un manche coudé, qui l'a rendu beaucoup plus facile à manier.

Par la suite, et après que Récamier eut divisé son cylindre en deux segments, Jobert (de Lamballe), un des successeurs de Dupuytren, eut l'idée d'articuler ces deux segments l'un à l'autre, vers leur partie moyenne, de façon à permettre, grâce à un mouvement de bascule, que leur écartement se fît, non plus à la vulve, mais au fond du vagin, en y découvrant une surface plus étendue.

C'est de ce spéculum bivalve, de Jobert, qu'est venu, celui de Ricord, qui joint, au même avantage de dilater le fond du vagin, cette supériorité d'avoir son articulation à la vulve, et de pouvoir être manœuvré au moyen de deux manches adaptés à chacun des demi-cylindres qui le constituent.

Mais, en définitive, l'idée première du spéculum bivalve de Ricord et de tous les spéculums à valves qui ont été imaginés depuis, appartient bien réellement à Jobert, jusques et

y compris le spéculum si perfectionné et si maniable de Cusco, un autre chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Jobert, dont je viens de citer le nom, ne s'en est pas tenu là. Il a essayé de voir jusque dans l'intérieur de la cavité du col utérin, en construisant, dans ce but, un petit spéculum spécial qui n'a pas eu grand succès. Et, ce qui vaut infiniment mieux, il a été le premier à remplacer les valves articulées par des valves indépendantes, formant ce qu'on appelle les spéculums univalves; il s'en servait pour pratiquer l'opération si délicate et si difficile de la fistule vésico-vaginale, à laquelle son nom ne peut manquer de demeurer attaché. Des lames aplaties et de forme elliptique, semblables à des manches de cuillers et munies de manches coudés, lui servaient à écarter les parois vaginales, pour mettre à découvert la cloison vésico-vaginale compromise, et sur laquelle il s'agissait d'opérer.

Qu'a fait de plus Marion Sims, lorsqu'il a inventé ce fameux spéculum univalve qui porte son nom et dont le seul avantage est d'être constitué par deux valves de dimensions différentes, dont l'une sert de manche quand l'autre est introduite dans le vagin ? En vérité, c'est presque un déni de justice que d'avoir donné à ce spéculum le nom de Marion Sims, plutôt que celui de Jobert, et cela ne peut s'expliquer que par l'engouement dont nous sommes toujours possédés, en France, pour tout ce qui nous vient de l'étranger.

Il est vrai que Jobert n'avait pas eu l'idée de donner à ses malades cette attitude bizarre, connue sous le nom de génu-pectorale, qui ne constitue pas un des moindres avantages de la méthode américaine, pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. Mais, cependant, il a eu des succès remarquables; c'est lui qui a le premier songé à appliquer à cette réparation des voies génitales, dilacérées par l'accouchement, la méthode de l'autoplastie. Faisant ces opérations avec l'habileté merveilleuse qui lui était habituelle, lorsque le glissement de la muqueuse vaginale ne lui suffisait pas pour combler les vides, il allait chercher des lambeaux de muqueuse jusqu'à la vulve; il a même fait des emprunts à la peau de la partie

interne des cuisses, pour réparer les déperditions existant dans le fond du vagin.

Tout ce qu'il a fait alors est peut-être un peu oublié, aujourd'hui que l'on fait mieux. Mais il n'est pas inutile de rappeler qu'il a ouvert et tracé la voie dans laquelle la chirurgie moderne est entrée si brillamment de nos jours, et que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a précédé de beaucoup les Américains dans l'application des procédés, si perfectionnés maintenant, de réparation des fistules vésico-vaginales.

Ce n'est pas tout ce que nous lui devons; il a aussi beaucoup contribué aux progrès de la gynécologie par ses recherches anatomiques sur la structure de l'utérus, sur la disposition des nerfs de cet organe; il a peut-être insisté un peu plus qu'il n'aurait fallu sur l'absence de nerfs dans le col de l'utérus, et il aurait été bien plus dans la vérité s'il s'était borné à dire qu'il manque surtout de nerfs sensitifs. C'est ce qui fait que les femmes n'éprouvent aucune douleur pendant les opérations pratiquées sur le museau de tanche. Cette notion physiologique a surtout été utilisée par Jobert lorsqu'il a songé à employer, aussi énergiquement qu'il l'a fait, la cautérisation au fer rouge pour toutes les lésions du col utérin justiciables de l'ablation ou de la destruction. Il a ainsi contribué à faire abandonner le cautère potentiel, généralement appliqué avant lui, et dont on ne peut pas aussi bien mesurer l'action, que celle du fer rouge, qui, en définitive, est à la disposition du praticien, et que nous pouvons conduire là où nous voulons, comme nous voulons surtout, depuis que nous avons entre les mains les appareils galvano-caustiques, et le thermo-cautère de Paquelin.

Vous voyez que la part de Jobert est extrêmement large dans la chirurgie gynécologique, et les services qu'il a rendus à cette partie de la science, sont plus considérables que ceux de Dupuytren, dont je viens de vous parler à propos du spéculum. Mais ce n'est certainement pas à cela seulement que s'est bornée l'intervention de Dupuytren. Il a songé à faire l'ablation du col de l'utérus, et il est peut-être un des premiers qui aient

pratiqué cette opération avec succès. Il a aussi proposé l'excision des polypes utérins, ou des corps fibreux; pédiculés du côté des voies génitales externes, faisant saillie dans l'intérieur de la cavité utérine ou dans le vagin.

C'est là un progrès immense ; car il substituait cette ablation immédiate à la ligature employée autrefois, surtout par Levret, et pour laquelle Dessault autre chirurgien de l'Hôtel-Dieu en 1791-1795, avait imaginé des serre-nœuds fort ingénieux destinés à enserrer le pédicule du polype, jusqu'à ce que ce pédicule, finît par se sectionner et permît à la masse morbide de se détacher. Ceci constituait un véritable travail de gangrène d'une durée fort longue et pendant lequel la malade restait exposée à toutes les chances d'infection, résultant de cette gangrène même.

L'excision proposée par Dupuytren a permis d'éviter tous ces inconvénients et ces dangers, en permettant d'enlever les polypes utérins avec l'instrument tranchant, sans donner lieu aux hémorrhagies qui étaient tant redoutées à cette époque.

Depuis, nous avons encore perfectionné cette manière de faire, et, grâce à Maisonneuve, dont le serre-nœud a été substitué à l'écraseur de Chassaignac, nous pouvons faire ces ablations sans inconvénient et avec les mêmes conditions d'hémostase que procurait autrefois la ligature laissée à demeure.

Vous nous verrez même substituer souvent à l'écraseur de Chassaignac et à celui de Maisonneuve l'anse galvanique qui donne de bons résultats, et j'aurai probablement l'occasion de vous parler, dans une de nos prochaines réunions, de l'action comparée des divers moyens employés pour enlever ces polypes utérins.

Je ne veux pas me laisser aller à cette digression, et je reviens à Récamier, dont m'avaient éloigné un instant ceux de nos Maîtres de l'Hôtel-Dieu qui ont le plus contribué à per-

fectionner et à vulgariser son spéculum, en l'utilisant dans leur pratique.

Ce n'est, du reste, pas le seul instrument que Récamier ait imaginé. Nous lui en devons un autre, c'est sa curette, qui inventée aussi dans un but exclusivement thérapeutique, a fini par devenir un des agents les plus précieux du diagnostic en servant de point de départ et de précurseur à la sonde utérine ou hystéromètre. Cette curette, même comme agent thérapeutique, ne mérite pas tout le mal qu'on en a dit; évidemment, il en a été abusé ; évidemment, il y a eu de graves accidents à la suite de son emploi intempestif et maladroit ; mais quand cet instrument est bien dirigé, quand on sait l'utiliser avec à propos et modération, on peut en retirer de sérieux avantages. Le professeur Richet, qui sait si bien le manier, y a assez souvent recours, pour le plus grand avantage de ses malades. Vous me verrez aussi l'employer quelquefois. Il y a quelques jours, j'ai fait plus encore. Je me suis servi d'un instrument bien plus tranchant que la curette ordinaire de Récamier, pour aller creuser l'intérieur d'une cavité utérine, envahie par le cancer, dans un cas à propos duquel il ne me paraissait pas qu'il pût y avoir lieu de songer à l'ablation totale de la matrice.

Cette ablation, Récamier, qui avait toutes les hardiesses, a osé l'entreprendre. Il n'est pas, paraît-il, le premier qui ait fait cette opération ; mais, en définitive, il est un de ceux qui ont le plus contribué à montrer qu'elle est praticable. Il a eu, ce que je me permettrai d'appeler un demi-succès : la première malade qu'il a opérée n'étant pas morte immédiatement, et ayant vécu assez longtemps pour laisser croire à une guérison véritable. C'était assez pour montrer que l'opération était possible. Cependant l'engouement, qui a suivi cette première tentative, a bientôt disparu devant les déceptions de presque tous ceux qui ont essayé de l'imiter.

On y est revenu et on ne recule plus aujourd'hui devant cette opération formidable que quelques-uns seraient presque tentés d'appeler bénigne, si on les laissait faire.

Nous ne les laisserons pas faire; nous considérerons l'ablation totale de l'utérus comme une opération toujours grave, toujours redoutable, à laquelle on ne devra se décider que quand il ne sera pas possible de faire autrement ; c'est vous dire que vous ne me verrez jamais encourager les tentatives dangereuses, trop hardies, de ceux qui enlèvent l'utérus justement quand il n'a rien et quand, par conséquent, l'opération se fait dans les meilleures conditions possibles pour qu'elle n'ait pas toutes les suites fâcheuses qu'elle comporte.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y faille jamais avoir recours, car à l'heure qu'il est, et avec les méthodes perfectionnées dont on fait usage, on a des succès. Si vous voulez voir ces tentatives faites avec une autorité tout à fait magistrale, par un homme qui joint la prudence et la hardiesse à la plus grande habilité opératoire, vous n'avez qu'à suivre le service de mon collègue Tillaux. Il est un de ceux qui savent le mieux exécuter tout ce que la chirurgie moderne permet d'entreprendre, et il le réalise dans les meilleures conditions possibles.

D'après tout ce que je viens de vous dire de Récamier, vous pourriez le considérer comme étant un chirurgien, et cependant c'est comme médecin qu'il professait à l'Hôtel-Dieu. Mais vous savez qu'en gynécologie, la médecine et la chirurgie se touchent de si près, qu'elles se confondent fatalement. Récamier donnant une grande attention au côté chirurgical, n'a pas négligé le côté médical. Il l'a prouvé dans ses remarquables recherches sur les abcès et les tumeurs sanguines du petit bassin. A cette occasion, il a agité toutes les questions les plus délicates relatives au diagnostic des inflammations des tissus péri-utérins et donné dans la *Lancette française* de 1831, la relation du premier fait authentique connu, d'hématocèle péri-utérine, cette maladie à l'étude de laquelle Nélaton n'est pas seul à avoir contribué et dont plusieurs chefs de service de cet hôpital ont cherché à découvrir le mode de développement.

C'est d'abord Laugier qui a fait jouer un rôle important à la congestion ovarienne; puis Richet qui signale l'influence de la formation de varices dans le plexus veineux ovarien et de leur rupture, comme une cause fréquente des extravasations sanguines qui se font dans le petit bassin.

Enfin, Trousseau qui, dans une série de ses remarquables leçons de clinique médicale, professées à l'Hôtel-Dieu, s'est occupé aussi des hématocèles péri-utérines. Il a fait, dans leur genèse, jouer un rôle important à la menstruation et a formulé une théorie fort ingénieuse, que je n'accepte pas dans tous ses détails, tout en reconnaissant qu'elle a sa part de vérité.

Un des plus aimés des maîtres de la génération qui vous a précédé, — Béhier, dont l'image est ici, envoyée par sa veuve, qui a tenu à placer ce souvenir dans l'amphithéâtre où devait professer l'un de ses anciens élèves les plus affectionnés, — Béhier s'est aussi, quoique incidemment, occupé de cette question de la formation des hématocèles péri-utérines. Je n'ose pas me flatter de l'avoir absolument converti à la doctrine que je défends, et qui est celle de l'assimilation de la genèse de ces tumeurs sanguines, à celle des grossesses extra-utérines. Il a été cependant obligé de reconnaître, dans deux leçons —qui, malheureusement, n'ont pas été publiées, mais dont mon ami Liouville, son ancien chef de clinique, ici présent, n'a pas perdu le souvenir — quelle intime corrélation existe entre l'hématocèle et la grossesse extra-utérine.

Il venait de faire sa première leçon sur un cas d'hématocèle observé dans son service. Mais, comme la malade vint à succomber, il n'a pas voulu conclure avant d'avoir soigneusement disséqué et étudié la pièce, ce à quoi il a consacré une journée entière. Le lendemain, il pouvait montrer à ses élèves un fœtus, qu'il avait découvert au milieu des caillots sanguins constituant l'hématocèle, et il reconnaissait combien j'ai raison de dire que c'est la règle en pareil cas. Cela l'a conduit à faire, sur les grossesses extra-utérines, des recherches étendues, consignées dans un travail demeuré inédit.

Ce n'est pas tout ce qu'il a fait pour la gynécologie et, dans un instant, quand je parlerai des maladies des femmes en couches, j'aurai à signaler le rôle important qu'il a joué dans la discussion relative à ce qu'on appelait la *fièvre puerpérale*. Mais je vais un peu vite et, avant de citer les noms de Trousseau et de Béhier, j'aurais peut-être dû vous parler des autres médecins de l'Hôtel-Dieu qui, à l'exemple de Récamier, se sont occupés des maladies des femmes et ont rivalisé de zèle avec les chirurgiens, pour l'étude de la gynécologie.

En première ligne, nous devons placer Chomel, le plus grand clinicien de notre époque, l'homme qui avait le sens pratique le plus développé, celui de tous les professeurs qui se sont succédé à la Faculté de Paris, qui a le mieux appris à ses élèves à interroger et à examiner les malades, à établir un diagnostic d'une façon précise, à déduire de ce diagnostic le pronostic, et surtout le traitement.

Ce qu'il a écrit de plus important en gynécologie est consigné dans divers articles du Dictionnaire de médecine, connu sous le nom de *Dictionnaire en trente volumes*. Déjà, dans la première édition de ce dictionnaire, celle de vingt-et-un volumes, il avait établi, avec une autorité incontestable et que rien n'est venu amoindrir jusqu'à présent, que la péritonite n'est jamais partielle, qu'elle n'est jamais primitive ; que c'est toujours une maladie secondaire et que, quand on la rencontre, on se trouve dans la nécessité de rechercher d'où ell vient et pourquoi elle est venue.

Ce qu'il a dit en 1826, il l'a répété, presque dans les mêmes termes et avec plus de conviction encore en 1841, et ceci nous intéresse fort, car vous n'ignorez pas quel rôle considérable joue l'inflammation du péritoine dans la pathologie des organes génitaux internes de la femme.

Cinq ans plus tard, en 1846, dans un remarquable article sur les *maladies utérines*, dont les différents chapitres sont dus à divers auteurs, Chomel décrivait la métrite, les ulcérations, ou du moins les granulations du col de l'utérus, la névralgie

utérine, etc., et présentait les considérations générales relatives à la pathologie de l'utérus. Considérations dans lesquelles il a eu le bon esprit de ne parler ni de congestion, ni d'engorgement, tout en faisant voir dans quelle mesure l'inflammation utérine participe à la production des déplacements et des déviations de la matrice.

C'est là que, après avoir assimilé la lésion intra-utérine résultant du décollement du placenta à une plaie récente, il a montré quelles sont les conséquences morbides du défaut d'involution rétrograde de l'utérus après l'accouchement, en décrivant la maladie qui se produit alors sous le nom de métrite *post-puerpérale*, qu'il ne faut pas confondre avec la *métrite puerpérale* proprement dite.

Comme description clinique, c'est parfait; le seul reproche que l'on puisse faire à cette partie de l'œuvre de Chomel, c'est d'avoir mis un peu de tout dans sa métrite *post-puerpérale.* Mais ce n'est pas là un bien grand défaut pour nous, je dirai même, au contraire, car nous trouvons là la première notion de ce que nous savons aujourd'hui être le fait de l'inflammation non pas tant de l'utérus que des tissus péri-utérins, et, en particulier, du tissu cellulaire, dont le phlegmon donne lieu aux tuméfactions siègeant aussi bien en avant et en arrière que sur les côtés de l'utérus.

Lorsqu'il s'est agi des maladies, dont le siège est sur la surface du col utérin, sur le museau de tanche, Chomel reconnut ce que personne, avec le spéculum et le toucher combinés, ne pouvait méconnaître; ce sont les granulations du col utérin. Il les a décrites avec une exactitude et une finesse de touche merveilleuses, les comparant — et la comparaison est juste — aux granulations qui se trouvent sur la conjonctive, dans certaines ophthalmies, ou à celles qu'on rencontre dans le fond du pharynx.

Seulement, il s'est arrêté là, et il a voulu voir dans ces productions morbides, une des manifestations de l'herpétisme. Cette idée a été reprise depuis par son élève Noël Guéneau de Mussy, qui conteste, comme lui, leur origine inflammatoire.

Après avoir indiqué comment ces petites granulations se reconnaissent, par le toucher, à cette sensation comparable à celle que l'on perçoit lorsqu'on passe le doigt sur la surface d'un velours d'Utrecht coupé ras ; après avoir dit qu'elles sont justiciables du traitement par les caustiques légers, comme le nitrate d'argent, Chomel n'a pas vu qu'elles sont le point de départ du plus grand nombre d'ulcérations, en donnant lieu à un état pathologique intermédiaire entre la granulation qui commence et l'ulcération qui finit, il ne s'est pas rendu compte de la façon dont se forment les granulations jaunes ayant l'aspect, le volume et la couleur des grains de millet, qu'on a pu prendre pour des pustules d'acné, avec lesquelles on a raison de les comparer, mais non de les assimiler.

Cette lacune de la description de Chomel a été comblée par Robert (Alphonse), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de 1858 à 1861, dans une thèse de concours qu'il faut toujours citer lorsqu'on s'occupe des ulcérations du col de l'utérus. Il a montré que l'on voit survenir d'abord, sur la muqueuse, ces petites saillies dénommées granulations par Chomel, puis, à la place de ces petites saillies dont la coloration ne diffère pas de celle de la muqueuse saine un peu congestionnée, de petites pustules jaunâtres, dues à l'inflammation d'un follicule muqueux; ces follicules, ainsi enflammés, ne tardent pas à s'ulcérer en laissant écouler une gouttelette de pus, contenu dans leur cavité ; la réunion de ces petites ulcérations superficielles, n'ayant souvent pas, à l'origine, plus d'étendue que celle que pourrait donner la piqûre d'une épingle, forme les ulcérations qui s'étendent de proche en proche envahissant souvent toute la surface du museau de tanche et qui, en creusant plus profondément, finissent par atteindre le tissu papillaire sous-muqueux.

Cela, qui n'avait pas été vu par Chomel, Marjolin, son collaborateur à l'article du dictionnaire en 30 volumes, et qui a rédigé les chapitres relatifs aux ulcérations, aux polypes et aux cancers de l'utérus, l'avait cependant entrevu, car il rapportait les ulcérations à l'inflammation des follicules, au lieu d'ad-

mettre que ces ulcérations peuvent être de nature diathésique, herpétique ou autre. E. Marjolin explique — et il est tout à fait dans la vérité — que, tout en étant des lésions purement locales, les ulcérations du col de l'utérus peuvent être entretenues ou modifiées par une influence générale, agissant sur l'ensemble de l'économie. D'où il résulte que s'il n'y a pas d'ulcération de nature herpétique ou rhumatismale, celles qui se produisent chez les femmes affectées de rhumatisme ou d'herpétisme, ne se comportent pas de la même manière que chez les autres.

Ce qui constitue le grand mérite de Marjolin, c'est d'avoir indiqué quelles sont les conditions dans lesquelles peuvent être entreprises et pratiquées les opérations applicables aux maladies graves dont il avait à s'occuper, et en particulier aux polypes et au cancer. Il l'a fait avec cette sagesse et cette prudence qui étaient le fond de sa pratique et qu'il devait à sa grande expérience. Sachant oser, à l'occasion, et ne reculant pas, par exemple, devant l'emploi de la curette de Récamier pour le traitement des végétations intra-utérines, mais calmant par ses sages conseils les ardeurs de ceux qui entreprennent des opérations trop hardies, dont les avantages ne compensent pas toujours suffisamment les dangers. Ce qu'il a écrit à ce sujet peut encore être lu avec profit de nos jours.

Il est de ceux qui ont protesté, avec juste raison, contre le repos trop absolu et trop prolongé auquel étaient si rigoureusement condamnées, de son temps, les malheureuses femmes atteintes de la plus légère affection utérine.

Parmi les autres de nos prédécesseurs, moins en vue que ceux dont je viens de vous parler, je tiens à vous citer :

Maisonneuve qui a également appartenu à l'école de l'Hôtel-Dieu ; il nous a donné un serre-nœud, dont j'ai déjà signalé l'utilité; et, après avoir fait une thèse de concours *sur les opérations nécessitées par les maladies des ovaires*, il a été un de ceux qui ont osé les opérations les plus hardies sans que ses tentatives aient été couronnées de succès.

Hérard, dont vous pouviez, il y a peu de mois encore, suivre les visites si pleines d'enseignements pratiques, n'a touché qu'un point très limité de notre sujet; mais il nous a montré quels rapports existent entre la menstruation et les maladies aiguës, et comment la fonction menstruelle peut être troublée dans le cours de ces maladies.

Nonat, le doyen actuel des gynécologistes français, qu'une vieillesse avancée n'a pas encore complètement éloigné de la pratique, figure aussi sur la liste des médecins de l'Hôtel-Dieu, en l'année 1856. Il n'a fait qu'un très court passage dans cet hôpital, si je m'en rapporte à mes souvenirs, mais je dois d'autant moins m'abstenir de citer son nom que je n'ai pas toujours été en parfaite conformité d'opinions et d'idées avec lui. Il a écrit sur les maladies des femmes un gros traité, qui a eu deux éditions; c'est moins cet ouvrage qui doit attirer notre attention que ses travaux sur les phlegmons péri-utérins.

Pendant longtemps il a cru être le premier qui ait vu ces phlegmons, et je ne voudrais pas affirmer que, même encore aujourd'hui, on soit parvenu à lui persuader que sans lui ils auraient jamais pu être connus et décrits. En tout cas, il a pris une très large part à leur description, en leur attribuant une importance beaucoup plus grande qu'il n'eût fallu. C'est peut-être là ce qui a provoqué la réaction, par suite de laquelle leur existence même a pu être révoquée en doute, quand est née l'idée saugrenue de ne voir dans toutes les phlegmasies péri-utérines autre chose que de la pelvi-péritonite. La facilité avec laquelle a été adoptée cette idée, et qui lui semblait un véritable déni de justice pour ses travaux, n'a pas été une des moindres désillusions de sa vie.

Parmi les autres chefs de service de l'Hôtel-Dieu qui se sont occupés de ces phlegmons, je dois rappeler encore Noël Guéneau de Mussy qui, tout en étant des plus chauds défenseurs de la pelvi-péritonite, nous a cependant montré un abcès suppuré, existant dans le tissu connectif de la région prérectale.

Vous voyez souvent le professeur Richet consacrer à des

cas de gynécologie, des leçons de clinique chirurgicale dans lesquelles il sait si bien exposer les déductions pratiques découlant des faits qu'il observe. Je vous ai déjà parlé de lui à propos des hématocèles péri-utérines et des végétations intra-utérines traitées par le râclage. Il s'est occupé aussi des végétations du canal uréthral et des polypes du méat urinaire qu'il considère comme de simples dilatations vasculaires. Il a agité, avec beaucoup de sens pratique, la question des opérations qui peuvent être tentées dans les cas d'absence congénitale du vagin résultant d'un vice de conformation.

A ce propos je ne vous dirai qu'un mot des travaux entrepris pour fixer la science sur certains points relatifs à l'anatomie et à la conformation normales des organes génitaux de la femme. Hier encore, nous avions, dans cet hôpital, un chirurgien que les nécessités de l'enseignement ont momentanément éloigné de nous, M. Léon Le Fort, dont on devra toujours consulter l'excellente thèse sur les *vices de conformation des organes génitaux de la femme*. Elle renferme tous les documents relatifs à ce sujet et vous savez que, chez M. Le Fort, l'habileté chirurgicale étant à la hauteur d'une érudition sans égale, il a pu, par d'inégnieuses opérations, remédier, à quelques-unes des difformités qu'il a si bien décrites.

Une question qui a, pendant un certain temps, passionné le monde médical est celle des déviations utérines. Pour l'école de Velpeau à laquelle appartenait mon maître Valleix, ces déviations joueraient un rôle des plus importants dans la pathologie de la femme; mais cette importance a été contestée et la question ne pouvait être tranchée qu'à la condition de savoir, au préalable, quelle est exactement la situation et la direction de l'utérus à l'état normal. C'est sur ce point d'anatomie qu'a porté la plus grande partie du débat, et parmi les travaux qui ont le plus contribué à la solution du problème, il me sera permis de revendiquer celui qui a été produit par un de mes collègues actuels de l'Hôtel-Dieu, le professeur Panas. Pendant son passage à l'hôpital de Lourcine, le professeur actuel de clinique ophthalmologique, dans ses *recherches cli-*

niques sur la déviation de l'utérus chez la femme adulte, a établi, d'après un relevé de 333 observations, prises sur le vivant, et dont 114 lui sont personnelles, que l'utérus n'est parfaitement droit et n'a la direction qu'on est habitué à considérer comme normale que dans un tiers des cas environ; — tandis qu'il serait fléchi ou, pour être plus exact, couché en avant chez près de la moitié des femmes, surtout chez celles qui n'ont pas encore eu d'enfants —. Donnée précieuse qui réduirait de beaucoup les cas pathologiques justiciables d'une intervention thérapeutique, en signalant d'une façon plus particulière à l'attention du clinicien les déviations en arrière désignées sous les noms de rétroversions et de rétroflexions.

A l'étude de ces mêmes déviations a été consacrée l'excellente thèse de Cusco sur l'antéflexion et la rétroflexion.

Ce point si intéressant de gynécologie n'est pas le seul qui ait attiré l'attention de Panas. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est aussi occupé des kystes séreux ovariques, dans une note qu'il a présentée à l'Académie de médecine en 1875, et dans laquelle il montre que ces kystes, dont le siège anatomique est très probablement dans le corps de Rosenmüller, plutôt que dans l'ovaire, n'exigent pas l'ovariotomie, pas même une injection iodée, et guérissent parfaitement par la simple ponction, comme vous avez pu le voir chez plusieurs de nos malades, pendant le cours de l'année dernière.

En dernier lieu, la pathologie des organes génitaux de la femme a été professée ici, avec infiniment de talent et de succès, par Alph. Guérin, un des gynécologistes les plus sages et les plus expérimentés de notre époque. Il a fait, à Lourcine d'abord, puis ici, des leçons sur les maladies des organes génitaux externes et internes de la femme, qui ont été publiées depuis en deux volumes. Il y a tracé de la blennorrhagie virulente chez la femme le tableau le plus exact et le plus complet qui ait jamais été écrit. Il a montré comment il se fait que cette maladie est plus rebelle chez la femme que chez l'homme en décrivant les recoins dans lesquels elle se con

fine si souvent. Il a rectifié cette erreur qui consiste à présenter l'ovarite blennorrhagique comme fréquente. Il a montré aussi comme quoi les arthrites blennorrhagiques ne se rencontrent pas chez la femme, comme chez l'homme. Il a enfin consacré un chapitre au vaginisme qu'il a rattaché justement à la présence des diverses inflammations vulvaires et dont Dupuytren avait montré la corrélation avec la fissure à l'anus, tandis que Noël Guéneau de Mussy y a vu surtout une affection de nature purement névralgique.

A propos des maladies des organes génitaux internes, Guérin conteste, comme cela est trop généralement admis, que les simples ulcérations du col puissent être la cause du plus grand nombre des malaises dont les femmes ont à souffrir. Il a fait une part considérable aux phlegmons péri-utérins, et montre comme quoi cette maladie, — qu'on a fait tant d'efforts inutiles pour rayer de la pathologie, — existe bien réellement. Il a disséqué des abcès phlegmoneux développés autour de l'utérus; peut-être a-t-il un peu trop versé dans l'adénite ganglionnaire au lieu de s'en tenir aux inflammations péri-utérines, à la cellulite pelvienne; mais il a montré que ganglions et tissu cellulaire s'enflamment en même temps, et surtout il a produit des pièces que nous avons eu occasion d'utiliser. C'est ce qui lui a permis de donner des affections inflammatoires du petit bassin une description fort bien étudiée dans laquelle il a surtout tracé les indications de l'intervention chirurgicale dont la nécessité est beaucoup plus rare qu'on ne serait tenté de le croire, quand on sait à quelle espèce de maladie on a affaire.

Cette question des inflammations péri-utérines, sur laquelle je me trouve à chaque instant obligé de revenir, me conduit à vous parler, et c'est par là que je terminerai, des accidents qui surviennent chez les femmes à la suite de l'accouchement. Elle a été tout particulièrement agitée dans une longue et mémorable discussion soulevée à l'Académie de médecine par Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu. Cruellement frappé dans sa famille par des accidents puerpéraux, il était venu de-

mander à ses collègues de fixer la science non pas seulement sur la nature de ces accidents, mais encore sur les mesures à prendre pour en préserver les nouvelles accouchées, sur les moyens à employer pour les guérir. C'était le temps où florissait l'École de la Clinique d'accouchements de Paris, qui avait inventé le mot de « *fièvre puerpérale* », et voulait assimiler ce qui se passe chez les femmes en couches à ce qu'on observe dans les fièvres essentielles. Pour les adeptes de cette école, il n'y avait dans la fièvre dite puerpérale et considérée comme essentielle, pas plus de lésions anatomiques que dans la scarlatine, dans la rougeole, ou dans la coqueluche; et cependant, elle revêtait la forme epidémique, décimant en quelques jours une maison d'accouchement.

Cette idée de l'essentialité d'une fièvre donnant lieu à des symptômes si variés et si graves, rattachés eux-mêmes à des altérations anatomiques si évidentes, a choqué l'esprit sage et judicieux de Béhier. et pour s'éclairer sur ce sujet si plein d'obscurité, il a fait ce qu'il est toujours nécessaire de faire en pareil cas, il a cherché la démonstration de la vérité dans une observation attentive. Pendant plus de trois ans, nous l'avons vu s'arrêter tous les matins, au lit de chacune de ses nouvelles accouchées — et il y avait environ quatre cents accouchements par an, dans son service de l'hôpital Beaujon. — Là, il prenait tous les détails de l'observation ; et ce n'est que quand il eut réuni un nombre de faits assez considérable pour entraîner la conviction, qu'il se décida à publier le résultat de son expérience. Il le fit dans des lettres adressées à Trousseau et dans lesquelles il a démontré que la fièvre puerpérale n'existe pas.

Suivant lui, les accidents qu'on rencontre chez les nouvelles accouchées, ne sont pas autre chose que ceux qui se produisent chez les blessés atteints d'un grand traumatisme, l'accouchée étant elle-même une blessée dont la plaie située à l'intérieur de la cavité utérine est susceptible des mêmes complications que toutes les plaies extérieures.

Trousseau, à qui Béhier adressait ses lettres, s'est laissé

convaincre, et a, par l'autorité de sa parole, appor.é un vigoureux appui à la doctrine.

Seulement, de son argumentation il a semblé résulter que, pour lui, les blessés auraient la maladie des nouvelles accouchées et non pas les nouvelles accouchées la maladie des blessés. Qu'importe, si les accidents sont les mêmes et s'ils ne diffèrent ni comme nature, ni comme origine, ni surtout comme lésions anatomiques? Béhier n'a pas voulu prouver autre chose, et c'est là tout ce que j'ai cherché à démontrer, après lui, en m'inspirant de ce qu'il m'avait enseigné pendant de longues heures que nous passions ensemble à l'hôpital, lorsqu'il y poursuivait ses recherches, auxquelles je collaborais. Au surplus, la suite a prouvé combien nous avions raison puisque, aujourd'hui, personne ne défend plus la prétendue essentialité de la fièvre puerpérale, dont le nom même paraît oublié, et que tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il y a identité parfaite entre l'affection des nouvelles accouchées et celle des grands blessés des salles de chirurgie.

C'est par des soins, des précautions hygiéniques et des pansements semblables à ceux employés depuis pour préserver les blessés dans les salles de chirurgie que mon collègue actuel, Empis, est, un des premiers, parvenu à démontrer que l'on peut préserver, même à l'hôpital, les femmes en couche des accidents qualifiés de fièvre puerpérale. J'ai pu, en suivant son exemple, obtenir les mêmes résultats satisfaisants à l'hôpital Lariboisière et à la Pitié.

Comme vous le voyez, messieurs, par cette trop rapide énumération des principaux travaux de nos prédécesseurs, la gynécologie a toujours été en grand honneur dans cet hôpital. De grands progrès y ont été réalisés. Espérons que ce ne seront pas les derniers, et que, fiers d'un si glorieux passé, vous profiterez des facilités nouvelles qui vous sont données pour contribuer à agrandir le champ de la science. Je compte donc sur vos efforts, sur vos recherches, auxquelles je serai toujours heureux de m'associer en les dirigeant, pour que nous parvenions ensemble à maintenir à la hauteur à laquelle

os illustres Maîtres l'ont élevée, cette École de Gynécologie de l'Hotel-Dieu de Paris.

DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES CAS DE FOETUS THORACOPAGES

Par le Dr Alphonse Herrgott,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy

> « Le mécanisme et le traitement de l'accouchement dans les cas de monstruosité double, ont peu attiré l'attention, sans doute parce que les auteurs les ont considérés comme des sujets plutôt curieux qu'importants au point de vue pratique. »
> (*Playfair*, traité des accouchements, traduction française, p. 494).

Les monstruosités gémellaires peuvent être quelquefois un obstacle très sérieux à la terminaison de l'accouchement, surtout lorsque les fœtus sont soudés l'un à l'autre et qu'ils ont atteint leur complet développement.

Ces adhérences peuvent se faire soit par la tête, soit par le tronc, soit par le siège.

Je n'ai pas l'intention de faire une étude complète de l'accouchement dans ces diverses malformations. J'ai déjà eu l'occasion d'en dire quelques mots dans ma thèse d'agrégation (1) ; d'autre part, cette question a été étudiée avec trop de soin et avec trop de détails par Hohl (2), par Tarnier (3),

---

(1) Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement, p. 267.

(2) Die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder. Halle, 1850, et Lehrbuch der Gebürtshülfe, p. 547, 1862.

(3) Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire, p. 173. Paris, 1860.

par Joulin (1), par Playfair (2), par Kleinwächter (3), par Corradi (4) et en dernier lieu par Veit (5) pour que je rapporte ici les différentes observations réunies et publiées par les auteurs que je viens de citer. Ce serait m'exposer à des redites inutiles.

Mon but est de faire la relation d'un accouchement de fœtus adhérents par le tronc, *de fœtus thoracopages*, d'en étudier le mécanisme et de le comparer aux autres cas analogues rapportés par les différents auteurs. Dans la relation de ces malformations, on s'occupe le plus souvent beaucoup trop, ainsi que le fait si justement remarquer Playfair, de la monstruosité dont les fœtus sont atteints, on s'efforce de la classer dans telle ou telle catégorie, mais on passe sous silence les détails de l'accouchement. C'est pourquoi on ne trouve qu'un nombre très restreint d'observations qui aient une valeur réelle au point de vue obstétrical, comparées aux cas nombreux que l'on voit conservés dans les musées et dont les détails anatomiques ont été presque toujours publiés.

Le 29 décembre 1883, Mme X. de G... près de Nancy, qui était arrivée au terme de sa quatrième grossesse, entre en travail vers trois heures du matin.

Agée de 34 ans, elle est grande et bien constituée.

Ses deux premières grossesses se sont terminées par la naissance de deux petites filles qui vivent et se portent bien actuellement.

Une fausse couche sans cause connue, a mis fin à la troisième grossesse.

Mme X... a été assez bien portante pendant cette quatrième gestation ; l'appétit a toujours été excellent, cependant elle a eu des vomissements presque quotidiens pendant les trois premiers mois. Depuis, les vomissements n'ont paru que toutes les semaines, mais

(1) Des cas de dystocie appartenant au fœtus, p. 89. Paris, 1863.

(2) Obstetric. Transact. vol. VIII, p. 300. Londres, 1867.

(3) Die Lehre von den Zwillingen. Prague, 1871.

(4) Dell' obstetricia in Italia. Bologne, 1874.

(5) Ueber die Leitung der Geburt bei Doppel miss geburten, *in* Sammlung Klinischer Vorträge, n^{os} 164 et 165. Leipzig, 1879.

ils ont persisté jusqu'à ce jour. Elle a en outre été incommodée par une salivation intense qui n'a pas discontinué.

Son ventre est plus volumineux qu'il ne l'était dans les grossesses antérieures; les jambes sont enflées et la respiration ne se fait qu'avec une certaine gêne. Mme X... ne se trouvait bien que lorsqu'elle était à demi couchée sur son lit. Les mouvements fœtaux ont toujours été perçus au même endroit, au pourtour de l'ombilic.

Dès les premières contractions régulières de l'utérus, les membranes se déchirent et ne donnent issue qu'à une faible quantité de liquide amniotique.

Deux heures après, c'est-à-dire vers cinq heures du matin, la dilatation est complète. La partie fœtale qui se présentait, la tête, s'engage lentement dans le canal pelvien. Les contractions sont énergiques, mais assez rares.

A huit heures, la tête accompagnée d'un bras, le droit, franchit l'orifice vulvaire. La sage-femme essaye d'extraire le fœtus et de terminer l'accouchement. Mais c'est en vain, et, malgré ses efforts, l'enfant succombe sans que son extraction ait pu avoir lieu.

A bout de forces et très embarrassée, elle fait appeler M. le Dr Lotz, qui a bien voulu nous communiquer les détails que nous rapportons ici, ainsi que ses confrères MM. les Drs Grasse et Labrevoit.

A leur arrivée, ils trouvent le ventre dur et très volumineux. La palpation, qu'il est très difficile de pratiquer, leur permet néanmoins de découvrir l'existence d'un grand nombre de petites parties fœtales dans le fond de l'utérus, ainsi que la présence d'une deuxième tête, profondément située dans la fosse iliaque droite. Le côté gauche de l'utérus est occupé par une région fœtale dure et continue qui semble être le dos.

A l'auscultation on n'entend aucun bruit fœtal, on ne perçoit qu'un souffle utérin intense.

Quant au toucher, l'enclavement du fœtus le rend absolument impraticable.

Pendant une heure et demie on fait des tractions énergiques sur la tête et sur le bras. Comme elles ne parviennent pas à faire avancer le tronc, les épaules restant toujours dans le diamètre transverse, on se décide à chloroformer la parturiente. Après bien des difficultés on finit par dégager le bras gauche.

De nouvelles tractions sont faites sur le cou et sur le bras, mais

rien ne bouge. On implante des crochets un peu plus haut sur le tronc et on continue à faire de nouvelles tentatives d'extraction. Le perinée cède, se déchire en partie et subitement la femme expulse simultanément deux fœtus soudés l'un à l'autre au niveau du thorax et de l'abdomen. Cette expulsion se fait dans l'ordre suivant : *une tête, puis le tronc, une deuxième tête repliée sur le tronc et enfin les sièges et les quatre membres inférieurs.*

La délivrance se fait normalement ; le placenta très volumineux est unique et ne donne attache qu'à un seul cordon. Il ne s'écoule qu'une faible quantité de sang.

Après l'accouchement Mme X... souffre beaucoup. Le ventre est sensible ; l'utérus est bien contracté mais douloureux à la pression égère. La température est élevée, 40 degrés ; le pouls petit, fréquent 140.

Cet état persiste pendant la journée du lendemain.

Le surlendemain, c'est-à-dire le 31 décembre, le ventre est moins sensible, la température ne s'élève plus qu'à 38.

Le 2 janvier, les seins se tuméfient et la température remonte à 39, 8.

Le 8 janvier, Mme X... se trouve beaucoup mieux, la température est redevenue normale, les lochies s'écoulent régulièrement, elles ne sont pas fétides. Le ventre est souple et ne présente plus aucun point sensible.

Le 9. Mme X... continue à se bien porter, les suites de couches deviennent à partir de ce moment tout à fait normales.

M. le Dr Lotz eut la bonté de nous faire parvenir ces fœtus thoracopages et mon habile collègue le docteur Baraban voulut bien se joindre à moi pour en faire l'autopsie.

Ces fœtus qui pèsent 5,600 grammes sont bien développés ; toutefois le fœtus, dont la tête repliée sur le tronc fut expulsée en second lieu, présente un *bec-de-lièvre simple* du côté droit, ainsi que le montre la planche ci-jointe.

Ces fœtus sont largement unis l'un à l'autre par la paroi antérieure du tronc, depuis la racine du cou jusqu'à l'ombilic. Cette union est presque symétrique.

Sur l'une de ces parois latérales, on pratique une grande incision curviligne à concavité supérieure qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi thoraco-abdominale y compris les côtes ; on relève le lambeau

circonscrit par cette incision et on ouvre ainsi largement les cavités ou portions de cavités communes aux deux fœtus.

Dans l'épaisseur du lambeau se trouve un sternum complet qui reçoit par ses bords l'insertion de côtes appartenant d'un côté au premier enfant, de l'autre au second. Par sa base, il se continue avec un sternum analogue qui joue le même rôle que lui dans la paroi latérale commune opposée. L'union de ces deux os se fait par le moyen d'une pièce quadrilatère qui se continue sans interruption d'un sternum à l'autre. Par chacun de ses angles, cette pièce s'articule avec une clavicule.

Il résulte de cette disposition que les côtes et les clavicules de chaque enfant vont s'insérer à deux sternums différents et que chacun de ceux-ci, parfaitement conformés du reste, n'appartient en réalité que par moitié à l'un et à l'autre des fœtus.

Grâce à la situation latérale des sternums et à ne considérer que le squelette, les *cavités thoraciques* s'ouvrent largement l'une dans l'autre; mais, en réalité, elles sont séparées l'une de l'autre et rendues indépendantes par une cloison verticale qui va d'un sternum à l'autre et s'insère inférieurement au diaphrame.

Dans cette cloison se trouve le cœur ; il fait, de part et d'autre, une saillie à peu près égale et paraît commun aux deux fœtus. Il n'y a, par conséquent, qu'un médiastin antérieur pour ces deux thorax, mais chacun possède son médiastin postérieur et ses deux poumons.

Le *diaphragme* a la forme d'une voûte à quatre piliers et résulte de la réunion des diaphragmes individuels au niveau de leur centre phrénique respectif. Sur la face supérieure convexe de ce diaphragme commun, repose le cœur ; à sa face inférieure concave est appendu le foie.

La portion sus-ombilicale des abdomens présente une disposition analogue à celle du thorax. Si l'on ne tenait compte que des parois, les abdomens, complètement indépendants au-dessous de *l'ombilic*, s'ouvriraient largement l'un dans l'autre au-dessus de cet orifice, grâce à la présence de lignes blanches latérales. Chacune de ces lignes reçoit en effet les insertions musculaires de deux fœtus et appartient par conséquent à l'un et à l'autre individus. Mais ces deux lignes blanches sont unies par une cloison verticale inter-abdominale, véritable continuation idéale de la cloison inter-thoracique, car elle s'insère supérieurement au diaphragme.

Cette cloison rend les abdomens indépendants; fort mince et parais-

sant formée uniquement par l'adossement des deux péritoines, elle se dédouble à une petite distance des parois abdominales pour enfermer entre ses deux feuillets un foie volumineux qui paraît comme le cœur commun aux deux individus, et qui proémine a peu près autant dans chaque cavité.

Au niveau du diaphragme, sur la face convexe du foie, cette cloison est croisée à angle droit par un ligament suspenseur qui va d'une colonne vertébrale à l'autre.

La disposition générale de la masse commune de ce double tronc peut donc se *résumer* ainsi : absence de paroi antérieure, grâce à la fusion des parois latérales symétriquement en regard ; séparation de la cavité commune en deux cavités thoraco-abdominales indépendantes, par une cloison verticale qui comprend dans son épaisseur, en haut, le cœur, en bas, le foie ; enfin, unité apparente de ces deux organes, sur lesquels seuls repose maintenant tout l'intérêt de cette étude anatomique.

Le *cœur* a la forme d'une pyramide qnadrangulaire, son axe est situé à peu près dans le plan de la cloison inter-thoracique.

L'examen extérieur du cœur, l'étude de ses sillons, la présence vers la base de chacune de ses faces vertébrales d'un groupe vasculaire artériel et veineux, pourraient, a priori, faire présumer que le cœur est en réalité double ; mais, l'ouverture de ses cavités montre qu'il n'en est rien.

En effet, on n'y rencontre que deux ventricules et une seule oreillette; celle-ci cependant présente une ébauche de cloison située sur le prolongement de la cloison interventriculaire, sous forme d'un éperon plus saillant.

De chaque côté de l'éperon, se trouve un orifice auriculo-ventriculaire; l'un ressemble à la valvule mitrale, l'autre à la tricuspide. D'autre part, la cloison interventriculaire présente une large perforation faisant communiquer les deux ventricules. Plusieurs autres orifices plus petits se rencontrent encore dans cette cloison.

On peut donc considérer ce cœur comme formé de deux cavités seulement, oreillette et ventricule, dans chacune desquelles il y a un cloisonnement fort incomplet.

Le *foie*, qui est logé dans le dédoublement de la cloison inter-abdominale, va d'une colonne vertébrale à l'autre; il est suspendu au

diaphragme par un ligament cruciforme dont nous avons déjà parlé.

A chaque abdomen est annexé un système biliaire.

Les vaisseaux, qui pénètrent du *cordon* dans l'abdomen sont au nombre de six, quatre artères et deux veines. Les artères n'offrent rien d'anormal ; les veines, au contraire, après avoir cheminé parallèlement entre elles dans une étendue de 1 cent. 1/2, se réunissent en un tronc commun qui monte verticalement vers le foie et y pénètre.

Les appareils digestif et respiratoire de chaque fœtus n'offrent rien d'anormal et sont complètement indépendants.

Les fœtus dont nous venons de donner la description appartiennent donc bien à la classe des fœtus thoracopages, à celle dans laquelle les corps sont à peu près distincts, mais unis au niveau du thorax.

Cette classe est de beaucoup la plus nombreuse ; sur trente et un cas de monstruosités doubles rapportés par Playfair, dix-neuf appartiennent à cette catégorie. Veit, dans le travail si complet qu'il a publié en 1879 sur la conduite à tenir dans les accouchements de monstruosités doubles cite trente observations, dont une lui est personnelle, de monstres thoracopages.

Depuis cette époque, le docteur Herrnstadt, de Reichenbach en Silésie, a fait paraître dans le *Centralblatt für Gynækologie* (1) un nouvel exemple de naissance de fœtus thoracopages. Bien que cette observation ait une certaine analogie avec celle dont nous venons de donner la relation, je crois devoir en donner la traduction en raison même de la facilité vraiment remarquable avec laquelle les fœtus ont été simultanément expulsés.

La femme de l'aubergiste L..., de Langseifersdorf, qui est accouchée normalement sept fois, attendait sa huitième délivrance au commencement de novembre 1883. Son ventre était très volumineux.

(1) T. VIII, p. 194, 1884.

Premières douleurs le 29 octobre à midi. A deux heures, rupture de la poche des eaux,

Voici, d'après le récit de la sage-femme, quelle était la marche du travail : la tête s'avança lentement, mais normalement en première position ; vers six heures, l'occiput se dégagea sous l'arcade pubienne la face sur le périnée. Comme de fortes contractions étaient impuissantes à faire avancer les épaules et le reste du corps, la sage-femme fit, à plusieurs reprises, des tractions énergiques, mais elles ne parvinrent pas à faire avancer le fœtus.

C'est alors qu'on me fit appeler; comme je demeure à un mille du village, je ne pus arriver qu'à sept heures.

Pendant ce temps, le travail avait marché. La sage-femme supposant l'existence d'un obstacle, avait introduit la main dans le vagin et était parvenue, quoique difficilement, à dégager un bras situé en arrière. Comme l'accouchement, malgré cela, restait stationnaire, elle cessa de faire toute traction. La demi-heure suivante se passa dans une cruelle angoisse. Puis, tout à coup, de violentes contractions firent sortir une deuxième tête. La sage-femme fit quelques tractions qui amenèrent le thorax, puis peu à peu, l'abdomen, les hanches et les extrémités.

C'est à ce moment que j'entrai dans la chambre de la parturiente.

Le placenta était unique et son expulsion se fit très rapidement.

Il n'y avait *aucune* déchirure du périnée.

La mère se trouva très soulagée après l'accouchement et, suivant les habitudes de la campagne, elle se leva le quatrième jour et reprit ses occupations.

Les fœtus ont été envoyés à l'Institut de Breslau. Ils sont à terme et parfaitement développés ; ils pèsent 5.230 grammes. Les circonférences de la tête sont de 33 et de 32 centimètres.

Ils vinrent morts au monde, et d'après le dire de la sage-femme, ils étaient encore vivants au commencement du travail.

Sur le cou de l'enfant dont la tête est sortie la première, on remarque des excoriations superficielles très nettes qui sont moins le résultat des tractions énergiques de la sage-femme que la pression supportée par ces parties pendant le travail. Après la sortie de la première tête, la seconde s'engagea immédiatement dans le bassin, en comprimant contre la paroi postérieure de la symphyse pubienne le cou et l'épaule de l'enfant dont la tête était expulsée la première. Il en résulta un rétrécissement relatif, puisque ces trois parties devaient

se dégager ensemble, et, bien que la capacité pelvienne fût très ample, le col, les épaules et la deuxième tête devaient exercer un mouvement de rotation autour de la symphyse comme point fixe. C'est probablement ce qui a causé cette lésion cutanée...

Dans la première observation que nous avons rapportée, le dégagement de la deuxième tête qui était repliée sur le tronc s'est fait péniblement. Le docteur Lotz ainsi que ses confrères Grass et Labrevoit, ont bien cru un moment qu'ils ne parviendraient pas à terminer l'extraction de ces fœtus monstrueux. Par contre, l'expulsion de la seconde tête, dans le cas du docteur Herrnstadt, s'est faite bien simplement, surtout quand on songe au volume des parties simultanément engagées dans l'excavation. Il est vraiment merveilleux que de pareils accouchements puissent se terminer spontanément sans qu'il y ait même la moindre déchirure périnéale et que la puerpéralité soit assez bonne pour que la mère puisse se lever le quatrième jour et vaquer à ses occupations habituelles. Un tel exemple est bien fait, ainsi que le remarque justement E. Frænckel (1), pour appuyer le vieux précepte de Hohl qui recommande une attitude passive dans le traitement de ces accouchements. Malheureusement ils ne se sont pas toujours terminés aussi simplement. Sur les dix-neuf cas rapportés par Playfair, l'accouchement ne s'est terminé spontanément que huit fois, trois fois avec présentation des pieds, trois fois avec présentation de la tête et deux fois avec présentations douteuses, dans les onze autres cas, l'accoucheur a été obligé d'intervenir: six fois en pratiquant la version ou en tirant sur les extrémités inférieures et quatre fois en mutilant le fœtus. Une fois même la femme est morte sans avoir pu être délivrée.

Les présentations les plus favorables sont *les présentations par les pieds*, qu'elles soient spontanées ou artificiellement produites par la version.

Telle était déjà l'opinion de Dugès et de Hohl. Les statis-

(1) Breslau, Aertzl. Zeitschrift, nº 1, 1884.

tiques de Playfair, l'examen des différentes observations rapportées dans le mémoire de Veit, confirment pleinement cette manière de voir.

L'observation suivante, due au docteur de Bry (1), reproduite par M. Tarnier dans sa thèse d'agrégation, montre bien le mécanisme suivant lequel les têtes se dégagent, et la conduite que le médecin doit tenir dans de pareilles éventualités.

Une femme souffrant pour la première fois des douleurs de l'enfantement, est assistée par une sage-femme. Celle-ci, après avoir reconnu la présence des pieds, rompt les membranes et s'efforce d'extraire le fœtus dont elle ne peut dégager que les jambes. M. de Bry, accoucheur de réputation, est appelé et constate l'existence de deux enfants, à chacun desquels appartient l'une des extrémités attirées au dehors. En conséquence, il repousse autant que possible la jambe située en arrière, va chercher le second pied de l'autre fœtus, et, par des tractions fortes et soutenues, parvient à dégager celui-ci jusqu'aux reins. Alors, nouvel obstacle, il introduit de nouveau la main dans l'utérus et découvre l'union insolite des deux enfants. Dès lors, dit-il, je les considérai comme ne formant qu'un seul individu. J'allai donc chercher successivement les pieds du second enfant que j'appellerai *postérieur*. Je l'amenai aisément au même point que le premier, qui était soutenu par la sage-femme ; agissant ensuite sur les quatre extrémités réunies, je vis bientôt se présenter les épaules ; les membres supérieurs furent dégagés en commençant par ceux de l'enfant postérieur. Enfin, les deux têtes sortirent à leur tour, par le soin qu'eut M. de Bry *de tirer en renversant les enfants sur le ventre de leur mère, afin de dégager d'abord la tête de l'enfant postérieur*, sur lequel il faisait principalement porter les efforts.

La conduite tenue par le docteur de Bry, conduite qui avait été conseillée par Dugès (2) et par Hohl, est celle qu'il faut s'efforcer de suivre lorsque les fœtus se présentent par le siège, ou lorsque les fœtus, se présentant par la tête, sont

(1) Mémoires de l'Académie royale de Médecine, t. 1, 1828.

(2) *Bulletin de la Faculté de Paris et de la Société établie dans son sein.* Vol. IV.

suffisamment mobiles pour que la version puisse être effectuée en temps utile, comme dans les cas observés par Asdrubali et par Molas (1).

Dans les présentations des pieds, la grande difficulté, c'est le dégagement des têtes. « Les corps, dit Playfair (2), franchissent la filière pelvienne, parallèlement l'un à l'autre et assez facilement, jusqu'à l'apparition du cou. C'est alors qu'ils sont arrêtés. Il est clair que le reste ne peut pas avancer davantage, et, si les tractions directes étaient continuées, les têtes se fixeraient, d'une manière inextricable au-dessus du détroit supérieur. En tenant compte de la direction de l'axe du bassin, la tête postérieure doit s'engager la première dans l'excavation et, dans ce but, on devra porter les corps des enfants fortement sur l'abdomen de la mère. » Les deux têtes sortent ainsi rapidement l'une après l'autre, la tête de l'un se trouvant, en quelque sorte, logée dans le creux formé par le cou de l'autre.

Cependant, alors même que les fœtus se présentent par les pieds, l'accouchement peut devenir impossible, et l'accoucheur être obligé d'avoir recours à la mutilation d'un fœtus, comme dans le cas de Huron rapporté par le professeur Gosselin (3). Cet accoucheur, ne parvenant pas, malgré ses tractions énergiques, à extraire le fœtus, fut contraint de sectionner la partie expulsée du fœtus antérieur afin de pouvoir pratiquer l'extraction du fœtus postérieur.

Cette conduite, parfaitement légitime, devra être suivie toutes les fois que, *les fœtus ayant été reconnus adhérents*, les tractions pourraient devenir nuisibles et meurtrières pour la mère. L'accoucheur, dans ces cas, ne doit avoir qu'un seul but, sauver la mère. Il ne doit pas en compromettre l'existence pour conserver des fœtus monstrueux, qui, lorsqu'ils

(1) Mémoire de l'académie royale de médecine, p. 317.

(2) Traité de l'art des accouchements, traduction du Dr Vermeil, p. 497.

(3) *Arch. de médecine*, 1847, 4e série, t. XIV, p. 72.

naissent vivants, sont presque fatalement destinés à succomber quelques instants après leur naissance.

D'après Millot (1), sur cent dix-sept observations de monstruosités doubles rapportées par le professeur A. Corradi, dans lesquelles quatre-vingt-deux fois la naissance avait été indiquée, quarante-et-une fois les fœtus étaient morts avant de naître; seize fois ils ne vécurent que quelques instants; huit fois ils ne passèrent pas la journée; six fois ils ne vécurent que six heures; deux allèrent du dixième au quinzième jour; cinq de quarante jours à huit mois; deux vécurent un an, et un avait trente ans quand on en fit l'examen. Les ischiopages et les hétérotypiens naquirent tous vivants; *le plus grand nombre des morts appartient aux gastro-thoracopages.*

Mais c'est surtout dans les accouchements où les fœtus thoracopages se présentent par l'*extrémité céphalique* que les cas de dystocie sont nombreux et graves. Ce sont aussi, malheureusement, les plus fréquents.

Si les exemples, que nous avons publiés au début de ce travail, démontrent que les seules forces de la nature sont parfois suffisantes pour triompher des obstacles redoutables causés par la présence de deux fœtus simultanément engagés dans l'excavation, les nombreuses observations citées par les auteurs, surtout par Veit, montrent bien aussi que souvent la nature est impuissante dans son œuvre d'expulsion. Dans ces cas, pour parvenir à délivrer la mère, l'accoucheur est obligé d'avoir recours aux opérations destinées à amoindrir le volume des fœtus, telles que la perforation. la céphalotripsie, l'éviscération, la décapitation et l'amputation des membres.

Ce qui rend ces accouchements si difficiles, c'est la difficulté même que l'accoucheur éprouve à diagnostiquer la cause de l'obstacle, l'existence de l'adhérence.

Dans les présentations du siège, le diagnostic de cette adhé-

(1) De l'obstétrique en Italie, p. 369. Paris, 1882.

rence peut se faire, comme dans le cas de Bry, pendant le cours de l'extraction ; le médecin peut la constater directement. Mais lorsque les fœtus se présentent par leur extrémité céphalique, comment soupçonner une pareille malformation ? Sans doute, on sait que les monstruosités sont quatre fois plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares (Veit) ; on sait aussi que l'existence d'une monstruosité légère, facilement reconnaissable, telle que le pied-bot, le spina-bifida, le bec-de-lièvre (comme chez le fœtus expulsé le second, dans notre observation), peut permettre de conclure à l'existence d'une monstruosité plus importante ; mais ce ne sont que des hypothèses bien aléatoires. Généralement l'exploration la plus minutieuse ne nous permettra pas de diagnostiquer la grossesse gémellaire, et rien ne pourra nous faire songer à l'existence d'une pareille soudure.

La présence d'une double poche amniotique ou la constatation d'une deuxième poche après la rupture de la première, est la seule indication qui nous permette d'affirmer que les fœtus *ne sont pas* thoracopages, et que l'obstacle à la parturition n'est *pas* le résultat d'une adhérence. Mais le médecin n'assiste que très rarement au début du travail ; on ne l'appelle, surtout à la campagne, que lorsque l'accouchement n'avance pas, alors que les eaux sont écoulées depuis longtemps. Ce signe *négatif* lui fait défaut, et pour savoir si l'obstacle *est* le résultat d'une adhérence, il est obligé de se conformer au précepte formulé par Schrœder : « La certitude de cette soudure, dit cet accoucheur (1), ne peut être obtenue que lorsqu'on introduit la main dans la cavité utérine et que l'on sent le point où a lieu la soudure, c'est-à-dire lorsqu'on pratique le toucher avec la moitié de la main ou avec la main tout entière. » Or, comment exécuter une pareille manœuvre ? Par quelle voie pénétrer dans la cavité utérine, alors que le canal pelvien est encombré par deux extrémités céphaliques, enclavées et immobilisées l'une par l'autre.

(1) Manuel des accouchements, traduction Charpentier, p. 563.

Le diagnostie de cette monstruosité devient donc impossible, et, l'accoucheur, en présence d'une pareille cause de dystocie qu'il ne peut reconnaître, se trouvera dans une situation analogue à celle dans laquelle se trouve le médecin devant une grossesse gémellaire, quand « les deux extrémités céphaliques, appartenant à des fœtus *différents* se présentent, *en même temps*, au détroit supérieur et s'empêchent réciproquement de descendre dans l'excavation, ou bien quand deux extrémités pénètrent simultanément dans l'excavation et y restent enclavées (1). »

Ces cas avaient déjà été bien étudiés par le professeur Tarnier (2) qui en a nettement formulé les indications générales.

La version pourra rarement être pratiquée en raison même de la difficulté, sinon de l'impossibilité, d'introduire la main dans l'utérus; et, d'ailleurs, quand cette introduction serait faite, serait-il facile d'aller saisir les pieds de l'enfant qui est le premier engagé? ne courrait-on pas le risque de se tromper, si surtout les deux poches étaient rompues et, enfin, pendant qu'on exécuterait la version, pourrait-on empêcher l'engagement de la deuxième tête, qui viendrait alors reproduire un obstacle invincible à l'extraction de l'un et de l'autre fœtus.

C'est donc au forceps qu'il faut avoir recours; on saisira la tête qui est la plus engagée, et l'on essayera des tractions. Si cependant elles restaient infructueuses, si l'état de la mère l'exigeait, et si, surtout, on pouvait être assuré de la mort du fœtus, il n'y aurait plus à hésiter, la craniotomie devrait être pratiquée. Peut-être, par cette opération, pourrait-on sauver la mère et offrir au deuxième enfant quelques chances de vie.

Il n'y a, en effet, pas autre chose à faire; le doute dans lequel l'accoucheur se trouve au sujet de la nature de l'obstacle,

(1) Besson, Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, p. 3. Thèse de Paris, 1877.

(2) Thèse citée, p. 155. Paris, 1860.

l'oblige à être prudent dans son intervention et à agir comme si les fœtus n'étaient pas adhérents, c'est-à-dire susceptibles de vivre. Dans les présentations du siège, le diagnostic de monstruosité pouvant être fait avant l'apparition des difficultés résultant de l'extraction des têtes, l'accoucheur pourra être moins réservé dans son intervention et sectionner avec moins d'hésitation la partie fœtale qui empêche l'extraction de l'autre, tandis que, dans les présentations du sommet, le sacrifice du premier fœtus ne devra être pratiqué que lorsqu'il n'y aura pas moyen d'agir autrement, que l'on aura attendu des forces de la nature tout ce qu'on pouvait en espérer.

Quelquefois encore l'un des fœtus peut se présenter soit par le siège, soit par la tête, *la situation du deuxième fœtus étant transversale.*

Dans ces cas, la région fœtale engagée ne tarde pas à apparaître à la vulve, à se dégager en partie comme dans un accouchement normal, puis le travail se ralentit, l'expulsion l'arrête. L'accoucheur est obligé d'intervenir, soit en faisant des tractions sur les membres inférieurs, soit en appliquant se forceps sur la tête, soit en pratiquant l'embryotomie afin de désobstruer l'escavation et pénétrer dans l'utérus.

Quelque soit le moyen employé, il ne parviendra à terminer l'extraction complète des fœtus qu'après avoir transformé par la version la situation transversale du second. Il est, on le comprend aisément, bien difficile quand l'un des fœtus est ainsi placé transversalement, de préciser nettement une ligne de conduite pour l'extraction du fœtus qui se présente par l'une ou l'autre de ses extrémités. Les difficultés que l'accoucheur aura à surmonter dépendent du volume des fœtus, de l'étendue des adhérences, de l'amplitude de l'excavation, du degré d'enclavement de la région engagée, de la longueur du travail, en un mot, d'une foule de circonstances qui donnent à chacun de ces accouchements une physionomie qui lui est propre. C'est dans la spontanéité de son esprit, bien plus que dans des théories classiques formulées d'avance, que le praticien puisera les motifs de ses déterminations et de son

intervention dans ces accouchements heureusement très exceptionnels.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces diverses particularités et nous terminerons ce travail par les *conclusions* suivantes :

1° Lorsque les fœtus sont thoracopages, l'accouchement spontané, par les seules forces de la nature est possible.

Presque toujours les fœtus sont morts ou succombent quelques instants après leur naissance.

Le diagnostic de la monstruosité n'est, le plus souvent, fait que lorsque l'accouchement est terminé.

2° La présentation la plus favorable est celle des pieds; dans ces cas l'obstacle à la parturition est dans l'extraction des têtes.

3° Toutes les fois que les fœtus se présentent par la tête, on tentera de pratiquer la version sur les pieds.

4° Si la version est impossible et que l'accouchement ne se fait pas spontanément, on devra employer le forceps.

Si le forceps échoue, on broyera la tête qui obstrue l'excavation et empêche la sortie ou l'extraction du deuxième fœtus.

Dans ces cas qui sont surtout ceux où le diagnostic de la monstruosité n'a pu être établi, on agira comme si les fœtus étaient isolés et susceptibles de vivre et on s'efforcera, si on ne peut sauver les deux fœtus, au moins d'en sauver un, le second.

5° Lorsque l'un des fœtus se présente transversalement, il faudra tâcher de pratiquer la version sur les pieds, quelle que soit la présentation de l'autre.

6° Dans tous ces cas, quelle que soit la présentation des fœtus, lorsque la monstruosité aura été reconnue, l'accoucheur ne devra avoir qu'un but, *celui de sauver la mère.*

REVUE CLINIQUE.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

SURVENUE A LA SUITE D'UNE FAUSSE COUCHE A SIX SEMAINES. — ÉVACUATION SPONTANÉE PAR LE VAGIN. — ABCÈS ENKYSTÉ DU PÉRITOINE CONSÉCUTIF A L'HÉMATOCÈLE. — OUVERTURE DE LA PAROI ABDOMINALE. — GUÉRISON.

Par le Dr Turgard.
Ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Lille.

Mme C..., récemment mariée, a eu ses dernières règles le 24 avril. Pas de maladies antérieures. La menstruation a été jusqu'ici régulière.

Le 14 juin, surviennent des hémorrhagies accompagnées de douleurs dans le bas-ventre. Une sage femme est appelée qui administre du thé purgatif.

Douze jours après le début de ces hémorrhagies, le 25 juin et le lendemain 26, expulsion par le vagin de deux corps étrangers que la sage-femme déclare être *deux germes.*

Le 27, je suis appelé près de la malade qui se plaint de douleurs dans le bas-ventre. Facies fébrile, peau brûlante, pouls faible et rapide, 120. Douleurs spontanées s'exaspérant par la pression dans tout l'hypogastre et les fosses iliaques sans empâtement. On sent le fond de l'utérus au-dessus du pubis.

Le col est facilement accessible par le toucher. Il est *conique,* l'orifice externe est complètement refermé. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, pas d'engorgement des ligaments larges. Le toucher est douloureux dans tous les points. La pression sur le col est surtout pénible. Il en est de même de la pression sur le fond de l'utérus par la paroi abdominale. Repos au lit, cataplasmes laudanisés. Boissons froides, lait, bouillon.

Le lendemain, 28, légère amélioration de l'état général. Diminution des douleurs spontanées de la région hypogastrique.

Le 30. État général assez bon relativement, peau moins brûlante, cependant le pouls est assez rapide, 96 ; il est faible. En pratiquant le toucher, je remarque que le col est repoussé en avant contre le pubis en même temps que le cul-de-sac vaginal postérieur est tendu et dur. Je crois sentir la paroi postérieure de l'utérus rétroversé et je porte le diagnostic de métrite puerpérale avec rétroversion utérine. La moindre pression dans le cul-de-sac vaginal postérieur étant très douloureuse, je m'abstiens de tenter la réduction et me borne à prescrire le repos absolu, des boissons froides, une alimentation légère et des cataplasmes laudanisés.

Forcé alors de m'absenter, je perds la malade de vue pendant quelque temps, et ce n'est que trois semaines plus tard que je suis de nouveau appelé auprès d'elle.

22 juillet. La malade n'a pas quitté le lit depuis ma dernière visite.

Fièvre, vomissements alimentaires et muqueux, le pouls est petit et rapide, 125 ; facies décoloré. L'abdomen est occupé par une tumeur dure, rénitente, mate à la percussion, *remontant du pubis à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic* et remplissant les flancs et les fosses iliaques. Le palper et la percussion sont douloureux ; au toucher vaginal on trouve une tumeur volumineuse occupant tout le cul-de-sac utéro-rectal distendu et repoussant en avant le col qui est aplati derrière le pubis et qu'on ne trouve qu'en portant tout à fait en haut et en avant l'index recourbé en crochet. La paroi vaginale postérieure forme sur la tumeur des plis volumineux qui font saillie dans le vagin.

Le toucher rectal permet de reconnaître la même tumeur qui fait du côté du rectum une saillie ovoïde considérable. Cette tumeur est dure, rénitente, sans trace de fluctuation.

Il n'y avait pas à hésiter sur le diagnostic ; ce que j'avais pris pour de la rétroversion utérine n'était que le début d'une hématocèle pelvienne. Traitement : glace, limonade, bicarbonate de soude, ext. thébaïque en pilules, vin, bouillon.

Les 23 et 24. Les vomissements continuent, mais l'état général assez bon me fait retarder l'incision vaginale que je me propose de faire à la moindre aggravation des symptômes généraux.

Le 25, dans la matinée, survient une débâcle intestinale et le même jour, dans l'après-midi, évacuation par le vagin d'une quantité considérable d'un mélange de sang et de pus. L'écoulement continue les

jours suivants et le ventre se dégonfle rapidement en même temps que s'abaisse le niveau supérieur de la tumeur. Les vomissements ont cessé et l'état général s'améliore. Chaque jour deux injections vaginales phéniquées.

Le 31, le ventre est complètement plat, le fond de l'utérus remonte à environ trois travers de doigt au-dessus du pubis.

3 août. Je remarque un peu d'empâtement immédiatement au-dessus de l'ombilic.

Le 10. Il existe dans la région sous-ombilicale une tumeur de la grosseur du poing, qui s'étend de la partie inférieure de l'anneau ombilical à trois travers de doigt au-dessus du pubis et semble faire corps avec la matrice, car la pression sur la tumeur se transmet au col et vice-versa. Pas de fluctuation. État général satisfaisant.

Le 18. La tumeur atteint le volume de deux poings et repousse en arrière le fond de l'utérus, ce qui permet de mieux délimiter son bord inférieur. Pas encore de fluctuation.

Le 21. La fluctuation apparait en même temps qu'un peu de rougeur à la peau. Il s'est produit un vomissement dans la matinée. Peu de fièvre; je conseille l'ouverture de la collection qui est acceptée par la malade et son mari.

Le 22, après anesthésie préalable, la paroi abdominale lavée à l'eau de savon puis à l'eau phéniquée, j'incise couche par couche les tissus sur la ligne blanche sur une longueur de 6 centimètres. L'aponévrose étant détruite au niveau du point culminant de la tumeur, le pus commence à s'écouler aussitôt que la peau est incisée. Un coup de ciseau en haut et en bas complète le débridement. Il s'écoule alors plus d'un grand verre de pus fétide, bien lié d'abord, puis mélangé d'un peu de sang. Je lave alors la cavité avec de l'eau phéniquée à 5 0/0, puis, après l'avoir nettoyée avec soin dans tous ses recoins avec des éponges rendues soigneusement aseptiques, je referme la plaie en laissant un drain à l'endroit où l'aponévrose médiane a été détruite. Les suites furent des plus simples. La malade n'eut pas un moment de fièvre et dormit bien la nuit qui suivit l'opération, chaque jour le pansement fut renouvelé et des injections phéniquées faites dans l'abcès.

Les épingles furent enlevées au bout de quatre jours, le drain au bout de six, et le 31 la plaie étant complètement fermée, la malade pouvait aller et venir dans sa chambre. La cavité mesurait environ

10 centimètres en hauteur, 8 en largeur et 5 centimètres antéro-postérieurement.

REMARQUES

Cette observation me paraît présenter plusieurs points intéressants. J'appellerai d'abord l'attention sur une erreur de diagnostic qui n'est pas sans exemple dans l'histoire de l'hématocèle, et qui, dans ce cas particulier et tout à fait au début de l'affection, me paraît à peu près inévitable :

Voici en effet une femme qui vient d'avorter et qui le jour même *va porter* chez la sage-femme le produit de sa fausse couche ; survient alors la fièvre accompagnée de douleurs dans les régions hypogastrique et lombaire ; l'utérus est volumineux et sensible à la pression. Rien dans les fosses iliaques. On trouve au toucher le cul-de-sac vaginal postérieur dilaté par une tumeur dure et lisse non fluctuante, le col est repoussé en avant contre le pubis. On songe naturellement à une métrite avec rétroversion. L'idée d'hématocèle se présente d'autant moins à l'esprit que la métrite puerpérale est aussi commune que l'hématocèle est rare dans ces conditions. Il est vrai que les symptômes propres à l'épanchement sanguin viennent bientôt faire réformer le diagnostic, mais l'erreur pourrait être préjudiciable à la malade, si, par une intervention intempestive, on tentait de réduire une rétroversion qui n'existe pas.

Un second point intéressant est la production de l'hématocèle à la suite d'un avortement, fait assez rare pour que Laugier ait pu affirmer dans son mémoire que l'avortement n'était jamais la cause immédiate de l'hématocèle.

Ici cependant l'étiologie paraîtra incontestable si l'on veut bien se reporter aux commémoratifs.

Femme nouvellement mariée, jusque-là bien réglée, suppression des règles pendant six semanes, hémorrhagies pen-

dant douze jours suivies de l'expulsion de deux corps étrangers qu'une sage femme déclare être deux embryons. Il y a là, même en n'accordant qu'une confiance limitée à l'affirmation de la sage-femme, tout l'ensemble des phénomènes qui caractérisent la fausse couche à six semaines.

C'est à cette production à la suite d'un avortement que l'on doit, je crois, attribuer ici le développement exceptionnel de la tumeur. L'écoulement lochial est ordinairement plus abondant que l'écoulement menstruel et se produit pendant plus longtemps d'une manière continue. Il s'est trouvé de la sorte une grande quantité de sang déversée dans l'abdomen avant que l'enkystement ait pu se faire, et l'hématocèle a atteint d'un seul coup un développement considérable. Dans l'hématocèle d'origine cataméniale, au contraire, il se fait un épanchement modéré pendant trois, quatre, cinq ou six jours, cet épanchement s'enkyste, demeure stationnaire ou diminue même jusqu'à ce qu'une nouvelle époque vienne accroître son volume, et ce n'est qu'après deux ou trois poussées successives que l'on voit les limites supérieures de la tumeur atteindre l'ombilic, développement exceptionnel d'après les auteurs.

Je désire maintenant appeler l'attention sur la pathogénie de l'abcès enkysté qui a suivi l'évacuation de l'hématocèle. L'utérus congestionné remontait à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; l'épanchement sanguin venant à être évacué par le vagin, le diaphragme pathologique formé des masses intestinales agglomérées entre elles par des fausses membranes péritonitiques s'abaisse rapidement, rencontre le fond de l'utérus et contracte avec lui des adhérences. Il se forme de la sorte un septum qui retient en avant quelques caillots, reliquat de l'hématocèle. Ces caillots s'enkystent complètement et deviennent le point de départ d'un abcès limité en haut par les intestins adhérents entre eux; en bas, par le fond de l'utérus ; en arrière, par les adhérences que le fond de cet organe a contractées avec le diaphragme pathologique, en avant, enfin, par les parois abdominales. Telle est, je crois, la manière la plus rationnelle d'expliquer la production de cet

abcès, et c'est parce que je l'avais compris ainsi que je n'ai pas hésité à ouvrir cette collection, certain que j'étais de rencontrer une cavité parfaitement close et isolée de la grande cavité séreuse. L'événement a justifié mes prévisions.

Quant au traitement de l'hématocèle, je me suis borné à l'expectation armée, mais si j'avais été forcé d'intervenir chirurgicalement, j'aurais fait une incision vaginale, et l'irrigation continue antiseptique de la cavité, ou la cautérisation tubulaire préconisée par Tripier, Apostoli et Doléris en France.

Je crois qu'on acceptera difficilement la laparotomie vantée et mise en pratique par Lawson-Tait et qu'on y regardera à deux fois avant d'ouvrir par l'abdomen une collection facilement accessible par le vagin.

REVUE DES SOCIÉTES SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 novembre 1886.

M. Pajot. — Je désire avoir l'avis de la Société sur une question qui me paraît très importante. Je veux parler de la **version par manœuvres externes**. On la pratique couramment aujourd'hui. Et je déclare que *j'en suis partisan absolu quand il s'agit de remédier à une présentation du tronc.* Il n'y a pas, dans ce cas, à hésiter. A ce point de vue, la méthode constitue un progrès considérable, mais on a voulu l'étendre, surtout dans ces derniers temps, aux présentations pelviennes. Sans doute, a-t-on dit, la présentation de l'extrémité pelvienne n'est pas dangereuse pour la mère ; mais on a ajouté, non sans raison, qu'elle faisait courir des risques à l'enfant. Le chiffre de la mortalité fœtale, enseignait P. Dubois, est environ de 1 pour 11. Or, on se trompe un peu, si l'on envisage la question à un point de vue particulier. On a pris, en effet, les présentations *en bloc.* Mais si l'on fait une distinction entre les multipares et les primi-

pares, on voit que chez ces dernières la proportion des enfants morts est plus élevée, 1/3, 1/4 environ. Ce chiffre semblerait donc *a priori* justifier, surtout pour ces cas, l'opération dont il s'agit. Le malheur est que, chez les primipares, *elle est difficile, souvent impossible et presque toujours dangereuse*. — Comment en serait-il autrement? *Il faut faire passer le diamètre longitudinal du fœtus par le diamètre transversal de la matrice*. Et si l'on avait le malheur de rompre l'utérus! Nous avons en ce moment à la clinique un cas démonstratif, tout au moins en ce qui concerne les difficultés de la version chez les primipares. Pourtant, le siège est encore élevé et on le déplace facilement, par la palpation, au niveau du détroit supérieur.

En revanche, chez les multipares la manœuvre est ordinairement très facile; mais chez ces femmes, les dangers de la présentation pelvienne pour l'enfant sont beaucoup moins sérieux. De plus, il faut bien le dire, le résultat final de l'accouchement dépend beaucoup de la *qualité* de l'intervention. *La condition importante, c'est de ne pas se presser*, ne pas défléchir les bras, la tête, par des tractions trop hâtives. En somme, *savoir ne rien faire, tant qu'il n'y a pas d'indication précise à intervenir*.

En résumé, « la version par manœuvres externes, *appliquée aux présentations pelviennes*, est, chez les primipares, difficile, souvent impossible, presque toujours dangereuse. Chez les multipares, elle est inutile. »

C'est du moins l'impression qui se dégage de mon expérience personnelle, et je demande à la Société de vouloir bien émettre son avis sur cette proposition.

Discussion. — M. Guéniot. Il faut, je crois, établir une division capitale; c'est la suivante. Il y a des accoucheurs spéciaux, des sages-femmes, et des médecins. Or, il me semble que le chiffre de la mortalité des enfants, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, varie beaucoup suivant que l'accouchement est conduit par une personne plus ou moins familiarisée avec les difficultés de l'obstétrique. Ainsi, et j'ai la conviction que tout accoucheur expérimenté peut en dire de même, sur un ensemble de 800 accouchements, j'ai eu environ 25 à 30 présentations du siège, et *je n'ai perdu aucun enfant*. Cela, évidemment, correspond peu avec les statistiques ordinaires, mais ces statistiques ont été faites avec des obser-

vations d'origines diverses, *prises en bloc*. Et j'ai la conviction que de cette manière on a trop chargé les accoucheurs expérimentés au profit des praticiens moins au courant des accouchements. Ainsi, la présentation pelvienne, conduite par un accoucheur éclairé, ne fait pas courir de risques, même aux enfants. Quelle utilité alors, pour cet accoucheur, de faire et de tenter la version par manœuvres externes, qui est souvent, ainsi que vient de le dire M. Pajot, difficile, impossible même. D'un autre côté, est-il prudent de la conseiller aux praticiens peu expérimentés? La version par manœuvres externes exige des mains exercées; elle offre certains dangers (substitution à une présentation du siège d'une présentation transversale, procidences). — En somme, je ne crois pas, même si l'on met en regard le chiffre élevé de la mortalité pour les enfants dans les cas de présentations pelviennes dirigées par des personnes peu expérimentées, avec les risques et les dangers inhérents à la version par moyens externes pratiquée par les mêmes personnes, qu'il y ait utilité à conseiller cette opération. Je me range donc absolument à l'avis émis par M. Pajot.

M. Doléris. — D'une manière générale, j'accepte la thèse de MM. Pajot et Guéniot; mais il ne faut cependant pas être trop absolu. Pour mon compte, je dirai : j'ai eu souvent, à la clinique, l'occasion de tenter la version par manœuvres externes. Assez souvent, j'ai réussi, mais je dois avouer que, chez les primipares, j'ai échoué le plus souvent. Cependant, même dans ces cas, je me souviens très bien d'avoir eu 2 ou 3 succès. Ces faits ont été consignés dans la thèse d'un élève de la clinique. Il ne faut pas oublier non plus que, quelquefois, l'impossibilité où l'on est d'exécuter la version, tient à des circonstances anormales. Ainsi, j'ai constaté, dans un cas, qu'il fallait attribuer cette impossibilité à une tumeur cervicale du fœtus ...Enfin, les conditions mêmes, complexes souvent, qui ont produit la présentation pelvienne, sont des conditions qui rendent la version difficile. Ce n'est pas une raison pour la rejeter tout à fait. Car ses partisans auront toujours le droit de vous opposer les cas heureux, ceux où l'opération aura réussi. En fin de compte, je crois que la question ne saurait être définitivement tranchée que par des statistiques bien circonstanciées qui d'une part enregistreront tous les insuccès et d'autre part mentionneront les conditions dans lesquelles ces insuccès se sont produits. On pourra alors émettre quelques lois générales, quant aux circon-

stances favorables ou défavorables à la manœuvre ; mais à coup sûr on ne saurait formuler une règle d'abstention, car la tentative est toujours permise, quitte à ne pas insister devant une difficulté inattendue, ou un danger soupçonné.

M. Charpentier. — Pas plus que M. Pajot, que M. Guéniot, je ne crois à l'utilité de la version par manœuvres externes dans les présentations de l'extrémité pelvienne. Absolument inutile chez les multipares où l'accouchement par l'extrémité pelvienne ne présente pas plus de difficultés que l'accouchement par le sommet, elle est souvent difficile pour ne pas dire dangereuse et impossible chez les primipares. On invoque la mortalité des enfants; or, cette mortalité des enfants, si je ne la conteste pas, je l'attribue à une tout autre cause que celle que l'on invoque généralement.

Tout d'abord, il faut bien distinguer entre les présentations de l'extrémité pelvienne complètes ou décomplétées, et en réalité une seule présentation de l'extrémité pelvienne présente des difficultés réelles : c'est la présentation du siège, mode des fesses, encore ces difficultés sont-elles devenues beaucoup moindres depuis que l'on ne craint plus d'avoir recours au forceps dans le cas où le siège ne descend pas. Mais, pour moi, ce qui fait surtout le danger, c'est l'intervention trop hâtive du médecin ou de la sage-femme ; c'est à cela qu'il faut attribuer la grande mortalité des enfants ; ce qu'il faut bien répéter, c'est que l'accouchement par l'extrémité pelvienne est toujours plus long que l'accouchement par le sommet, que l'engagement, la descente de la partie fœtale se font plus lentement, et que c'est surtout dans ces cas que l'accoucheur doit faire preuve de patience. Ne pas se presser, ne pas se hâter, surveiller avec soin l'état des battements du cœur du fœtus ; ne jamais intervenir sans nécessité absolue; laisser la nature agir tant qu'on le pourra; attendre, autant que possible, le dégagement spontané du siège et du tronc et n'intervenir qu'au dernier moment pour aider le dégagement des bras et de la tête. En agissant ainsi on mettra toutes les bonnes chances de son côté, et on aura presque à coup sûr un enfant vivant.

Depuis l'année 1861 où j'ai débuté dans la carrière obstétricale, j'ai eu, tant en ville qu'à la clinique, affaire à 25 ou 30 présentations de l'extrémité pelvienne. Sur ces cas je n'ai perdu qu'un seul enfant, le premier de tous. Il s'agissait d'un enfant très volumineux, se pré-

sentant par le siège, *mode des fesses*, chez une primipare de 39 ans. Le travail durant depuis plus de 28 heures, je voulus extraire l'enfant. Cette extraction présenta des difficultés considérables et l'enfant succomba. Il est vrai qu'alors on n'avait pas appliqué le forceps sur les fesses. Depuis je n'ai pas perdu un seul enfant. 3 ont été extraits vivants à l'aide du forceps. Dans tous les autres cas, j'ai laissé la nature opérer seule, et tous mes enfants sont nés vivants. Quelques-uns, il est vrai, sont nés en état de mort apparente, mais ont été promptement ranimés, et aujourd'hui que j'ai vieilli dans la pratique, je me demande si mon intervention dans mon premier cas n'a pas été plus nuisible qu'utile à l'enfant.

Quant à la version par manœuvres externes dans le cas de présentation de l'extrémité pelvienne, je ne blâme pas ceux qui la tentent chez une primipare, mais je crois qu'il faut bien spécifier les cas. Il est un certain nombre de femmes qui ont un utérus qui n'agit pas, un enfant peu volumineux, du liquide amniotique en assez grande quantité. Chez elles je crois qu'on peut, sans inconvénient, tenter la version par manœuvres externes. Je ne la fais pas parce que je crois que les conditions dans lesquelles se présente l'accouchement la rendent inutile, mais encore une fois, je ne blâme pas ceux qui la tentent. Mais quand l'enfant est volumineux, qu'il y a peu de liquide amniotique, que l'utérus entre facilement en contraction, je crois qu'il y a plus d'inconvénients à la tenter qu'à laisser les choses en état, car les difficultés que l'on rencontrera dans la manœuvre exposeront la femme à des dangers réels, et les partisans même les plus déterminés de cette manœuvre avouent eux-mêmes que dans ces cas leurs tentatives sont inutiles, et qu'ils sont obligés de renoncer à leurs manœuvres.

M. Porak. — Il faut se demander : *Y a-t-il utilité à faire la version ? Y a-t-il danger à la tenter ?* Or, le danger tient surtout à une imprudence, une faute opératoire. Les tentatives doivent toujours être prudentes. Sans doute, on se heurte à des difficultés. M. Doléris en a énuméré plusieurs auxquelles j'ajouterai *l'engagement du siège*, qui constitue à mon avis, une contre-indication formelle. Quand la version présente des difficultés sérieuses, je me range absolument à l'avis de M. Pajot. Mais en est-il toujours ainsi ? Non. Il n'y a pas longtemps, j'ai pu *avec la plus grande facilité, chez une primipare*, transformer une présentation du sommet en une présentation pelvienne. Je crois que j'aurais été absolument coupable si, dans ce cas, je n'avais

pas fait la version. Car, quoi qu'on en dise, on ne peut affirmer à l'avance qu'on aura des enfants vivants quand il s'agit de primipares et d'une présentation pelvienne.

En résumé je crois que la proposition de M. Pajot est fondée sur la majorité des cas ; mais je pense qu'il ne faut pas se priver systématiquement des avantages de la version dans ceux ou elle est facile.

M. Verrier. — Il importe au point de vue de la moralité professionnelle, que le praticien soit parfaitement fixé sur la meilleure conduite à tenir, par un avis autorisé émané de cette Société. Il pourra ainsi résister aux insinuations plus ou moins intéressées des gardes, des sages-femmes, et aussi aux sollicitations toujours fort pressantes des familles elles-mêmes.

M. Doléris. — La question de danger est évidemment liée à une question de tact opératoire. Mais il faut bien supposer que celui qui entreprend l'opération saurait s'arrêter à temps. A propos des statistiques de MM. Guéniot et Charpentier, je dois dire qu'elle me paraissent singulièrement favorables. Quelques statistiques classiques donnent comme chiffre de mortalité pour l'enfant, 1/6, 1/7, 1/11 ;...... Mais j'accepte, par exemple, celui de 1/20, qui, à mon avis, est encore un peu optimiste, et je demanderai : Avec quoi mettez-vous cette mort que vous acceptez, en parallèle ? Avec des difficultés opératoires en présence desquelles on n'a pas le droit de supposer que celui qui entreprend la version n'aura pas la sagesse de s'arrêter, et avec des accidents qui ne sont pas démontrés ! Encore une fois, je crois qu'il est indispensable de rassembler des faits nombreux, de les interpréter sagement afin de tâcher de voir dans quelles conditions la version réussit et dans quelles conditions elle échoue. A défaut de statistiques de cette nature, la question me paraît devoir rester indécise. Car il y a des cas de succès ! J'ai réussi, pour ma part, deux ou trois fois. D'autres ont réussi ! Parfaitement d'accord qu'on a exagéré dans ces derniers temps l'application de la version par manœuvres externes ou présentations pelviennes, je crois qu'il ne faut pas tomber dans l'excès contraire, frapper d'un ostracisme exagéré une opération qui peut rendre et qui a rendu des services incontestables à plusieurs d'entre nous.

M. Olivier. — M. Guéniot nous a dit tout à l'heure : ne conseillez pas aux praticiens de faire la version par manœuvres externes dans les cas de présentation du siège, ils seraient incapables de la faire et pourraient causer des accidents ; laissez cela aux accoucheurs de pro-

fession. A ce compte, il ne faudrait pas non plus leur apprendre à appliquer le forceps, car ils peuvent aussi l'appliquer mal et produire des lésions graves. M. Guéniot et M. Charpentier pensent que la mortalité dans les cas de présentation du siège n'est pas plus grande que dans les cas de présentation du sommet, et M. Guéniot a ajouté qu'il n'avait jamais perdu d'enfant; je veux bien le croire, mais c'est qu'il ne s'est pas trouvé en présence de cas difficiles. Il est des cas où l'accouchement est extrêmement laborieux et où on ne peut sauver la vie de l'enfant, et c'est précisément parce que je me suis trouvé en présence d'un de ces cas pendant mon année d'internat à la Maternité que j'ai fait ma thèse sur **la conduite à tenir dans les cas de présentation du siège, mode des fesses**. Il n'est pas douteux que la mortalité soit plus grande quand il y a présentation du siège. Dès lors, si faible que soit cette mortalité, pourquoi ne pas chercher à la faire disparaître? M. Pajot prétend que chez les primipares la version par manœuvres externes est dangereuse; mais sur quoi se base-t-il pour dire cela? A-t-on publié des cas de rupture utérine au cours de la manœuvre, de décollement du placenta, etc.? Non, au moins je n'en connais pas. M. Guéniot dit aussi que les suites de couches sont moins bonnes quand on fait ces manœuvres; il serait bon de produire des observations à l'appui de ce dire. Je crois, avec M. Porak et M. Doléris, qu'il est des cas où chez les primipares on ne parviendra pas à faire la version par manœuvres externes, mais si on agit avec douceur on n'aura pas d'accident; l'accoucheur doit avoir assez de jugement pour savoir s'arrêter à temps. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer la version par manœuvres externes chez des primipares, et, dans trois cas qui me sont présents à l'esprit, j'ai réussi à faire évoluer le fœtus avec assez de facilité. Dans ces trois cas, les suites de couches ont été absolument normales. Je concluerai donc en disant : dans tous les cas de présentation du siège non engagé, il faut tenter de faire la version par manœuvres externes. Si on éprouve quelque difficulté, il faut s'arrêter et recommencer un peu plus tard ; si on ne réussit pas cette fois encore, il faut s'abstenir de recommencer.

M. Guéniot. — On a beau dire qu'il faut supposer que tout médecin doit être capable de pratiquer la version par manœuvres externes, de savoir quand il doit s'arrêter dans ces tentatives, etc. Dans la pratique, il n'en est pas malheureusement ainsi. Il faut s'en consoler. Un spécialiste, un accoucheur éprouvent souvent des difficultés, échouent un grand nombre de fois dans les tentatives de version. —

Et vous voulez que le premier praticien venu soit en mesure de procéder à cette manœuvre comme s'il s'agissait d'un procédé de pratique courante. — C'est impossible. — En ce qui concerne les statistiques, citées par M. Doléris, je dirai : non, ces statistiques ne représentent pas les résultats de la pratique de tel ou tel accoucheur habile. Il s'agit d'observations recueillies dans des conditions bien diverses, prises *en bloc*. Il faudrait pouvoir grouper des faits comparables, des accouchements qui dès le début du travail jusqu'à sa terminaison, auraient été conduits par la même personne. Ce que nous pouvons faire, c'est dire ce que nous avons vu dans notre pratique personnelle. Quant aux faits cités par M. Ollivier, je ne me tiens pas pour satisfait. Je voudrais savoir comment s'est passé l'accouchement, s'il n'est pas survenu des complications ;... car mon impression est que ces tentatives de substitution de présentation ne sauraient être toujours absolument indifférentes.

M. Porak. — Sans doute, il ne faut pas tomber dans l'exagération. Et, par exemple, parce que l'on aura constaté une présentation pelvienne dans les premiers mois de la grossesse, s'empresser de la réduire. Ce serait chercher un trop facile succès qui du reste serait le plus souvent fort passager. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'il existe presque toujours une tendance naturelle à l'amélioration de la présentation, c'est pour cela qu'il ne faut pas se hâter de recourir à la version par manœuvres externes. Mais, lorsque, au 9e mois, on constate une présentation pelvienne, et qu'on reconnaît que la transformation en présentation du sommet est facile, il y a tout avantage à opérer cette transformation. De plus, si le fœtus montre une tendance à reprendre la situation primitive, il faut s'appliquer à assurer la réduction. Les différentes ceintures imaginées dans ce but, répondent mal au besoin de la pratique. En général, on ne les a pas à temps. De simples tampons d'ouate, maintenus par un bandage de corps, suffisent à fixer la position.

M. Pajot. — Une notion que les hommes, que les faits ne pourront jamais démentir, c'est la suivante. Quand l'enfant se présente par le siège, la femme ne court aucun danger. Quand l'enfant se présente par le tronc, femme et enfant courent de bien grands risques ! Or, pouvez-vous répondre de ne pas substituer, en essayant la version par manœuvres externes, une présentation transversale à une présentation longitudinale. Et je ne parle pas des autres accidents. On objecte

qu'il n'est pas arrivé d'accidents! Mais faut-il attendre qu'ils se soient produits? En résumé, à mon avis, la version par manœuvres externes, chez les primipares, sauf des cas tout à fait exceptionnels, est difficile, souvent impossible, presque toujours dangereuse. Chez les multipares, elle est inutile. C'est la proposition que je soumets de nouveau à l'appréciation de la Société qui remplit toutes les conditions pour exprimer, à ce sujet, un avis autorisé.

M. A. Guérin. — Je crois qu'il vaut mieux réserver le jugement sur la question jusqu'à la prochaine séance. Jusque-là chacun aura le temps de dresser des statistiques personnelles, qui seront, ce me semble, des éléments importants dans cette décision. La proposition est adoptée.

M. Verrier communique une note intitulée :

Relation de l'arrivée des ambassadeurs japonais à Rome en 1856 recueillie par Guido Guelteri de Venise, in-12, p. 9 (Extraits d'une plaquette fort rare et du plus vif intérêt signalée par Ph. Burty au Dr Verrier, et traduite par lui).

« ... Et avant qu'elles ne soient enceintes (les japonaises), elles portent une ceinture large et flottante; mais dès qu'elles s'aperçoivent de leur grossesse, elles resserrent cette ceinture si fortement avec une bandelette qu'il semble qu'elles vont éclater (scoppiaro). Malgré cela, disent-elles, nous savons par expérience que si nous ne nous serrions pas ainsi, il en résulterait pour nous un très mauvais accouchement. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre.

Présentations. — M. Monod. **Fibrome de l'utérus.** — La tumeur qui déterminait des malaises intolérables, était intra-utérine. Pour l'atteindre, M.... pratiqua, à l'aide du thermo-cautère, la discission bilatérale du col. La tumeur saisie ensuite avec des pinces et attirée en bas, son pédicule fut sectionné avec la curette de Courty. Guérison sans accidents.

M. Pozzi. L'instrument tranchant convient très bien pour la discission du col. L'hémorrhagie est peu abondante ordinairement, surtout si l'on se sert de ciseaux peu tranchants. Quand l'utérus est

ouvert et abaissé, l'exploration est facile. On peut dès lors procéder à l'ablation du fibrome par la torsion ou l'incision. Rarement l'hémorrhagie est inquiétante. D'ailleurs, on en aurait aisément raison à l'aide d'un tamponnement avec de la gaze iodoformée.

MM. Lucas-Championnière et Le Dentu sont également d'avis qu'on peut diviser le col avec des ciseaux, que les hémorrhagies sont le plus souvent insignifiantes et qu'en tout cas il est facile de les arrêter grâce au tamponnement.

M. Guéniot. Quand le pédicule de la tumeur est large et épais, la curette de Courty est un instrument défectueux. Mieux vaut, dans ces cas, se servir du serre-nœud. Cet instrument permet d'opérer sans qu'il soit nécessaire d'abaisser l'utérus, manœuvre qui n'est pas toujours indifférente; et de plus, il offre des garanties plus sérieuses contre l'hémorrhagie. Pour ouvrir le col, le thermo-cautère mérite la préférence quand cet organe a une certaine hauteur. En certains cas, les ciseaux suffisent très bien pour cette opération.

M. Pozzi. La discission avec les ciseaux ne doit porter que sur la portion vaginale. La cavité de la portion du col située au-dessus doit être agrandie au moyen des divers instruments dilatateurs. Quant au serre-nœud, conseillé par M. Guéniot, c'est dans certains cas un très bon instrument; mais, dans d'autres, il est d'application difficile, parfois même impossible.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BERLIN.

Séance du 11 juin 1886.

Présentations. — *a*). Gottschalk. **Pièces provenant d'une grossesse extra-utérine.** — X..., 27 ans. Un accouchement antérieur normal, avec cependant des *suites de couches quelque peu compliquées*. Depuis cette époque, douleurs lombaires plus marquées aux époques menstruelles. Nouvelle grossesse. Dernières règles vers la mi-février 1886. Vers le milieu du mois de mars, elle avait été prise, *subitement*, après une grande fatigue corporelle, de douleurs intenses et d'une hémorrhagie abondante et prolongée. Depuis, exacerbation des douleurs lombaires et douleurs dans la région hypogastrique du côté droit Apparition d'une tumeur de ce côté de l'abdomen.

Exploration. Tumeur étroitement accolée à la face latérale droite de l'utérus, à surface inégale, à consistance ferme et du volume d'une grosse orange. Matrice fortement déviée à gauche.

Laparotomie. On trouve des deux côtés des traces de péritonite ancienne. Les deux ovaires sont fixés par des adhérences anciennes. L'ovaire et la trompe du côté gauche sont kystiques. A droite, on voit *un œuf, de quatre semaines environ,* relié à la paroi inférieure de la trompe. Dans sa cavité, il y a un embryon dont le développement correspond à quatre semaines. Le cordon ombilical aboutit à la paroi tubaire inférieure. Autour de l'œuf, et principalement au-dessus, il y a une masse de sang coagulé, restes sans doute d'un épanchement sanguin qui dut se produire au moment où la femme, vers la quatrième semaine de la grossesse, avait été prise d'hémorrhagie et de douleurs. Cet épanchement se fit certainement dans l'œuf et tua l'embryon sans amener la rupture du sac formé par la trompe. Il est très probable que ce sont les adhérences nombreuses, dues à une pelvi-péritonite antérieure, qui ont empêché la migration de l'ovule dans l'utérus.

Résultat de l'opération. — Guérison après convalescence normale.

SCHRŒDER. **Gros polype myomateux,** qui était devenu intra-vaginal. Dégagement de la tumeur à l'aide du forceps. Extraction assez aisée, mais inversion partielle de la matrice, accident dû à ce que le polype s'insérait, par un large pédicule sur le fond de l'utérus. Incision au niveau du pédicule, et énucléation. Reposition de l'utérus inversé.

HOFMEIER. **De l'opération de Porro.** H... fait un court historique de l'opération de Porro et des perfectionnements apportés dans ces derniers temps à l'opération césarienne (Sanger, Kehrer...). Il rappelle les statistiques publiées récemment et si favorables à l'opération césarienne *perfectionnée* (suture utérine et péritonéale), qui fait que cette opération doit être appliquée à la majorité des cas. Cependant l'opération de Porro s'impose encore dans quelques circonstances particulières. C'est ainsi qu'il a eu l'occasion de la pratiquer à Madère, au mois de mars dernier.

Il s'agissait d'une femme, âgée de 46 ans, mariée depuis neuf mois. Grossesse compliquée par des tumeurs multiples, sans connexions, en apparence, avec l'utérus. L'une d'elles était profondément et solidement fixée dans le petit bassin. L'accouchement spontané était impossible. *Laparotomie.* Il y avait deux myômes unis à la face postérieure

de l'utérus par un pédicule ayant l'épaisseur de deux doigts. Adhérences multiples et résistantes. Section césarienne, extraction d'un enfant du sexe féminin, pesant cinq livres. Amputation de la matrice. Suture du pédicule avec des fils de soie et de catgut. Traitement intra-péritonéal.

Il y a trois mois environ que l'opération est faite, la mère et l'enfant se portent très bien. C'est une des rares sections césariennes pratiquées pour des myômes (dix en tout, d'après Sanger) suivies de guérison; la seule amputation de Porro, avec traitement intra-péritonéal du pédicule, couronnée de succès.

MARTIN. Après l'extraction de l'enfant, même dans les cas de fibromes cervicaux, il ne conseillerait pas l'opération de Porro. Sous l'influence de l'état puerpéral, les myômes peuvent s'atrophier, ce qui rend possible *une nouvelle grossesse avec un accouchement normal.* C'est pour cette même considération qu'il s'abstient dans ces circonstances, de faire la castration (*Cent. fur. Gynak,* n° 28, 1886.).

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ANGLAISE

Séance du 13 *octobre* 1886.

A. MEADOWS. M... — lit un travail ayant pour titre : *la Craniotomie doit-elle être abolie?* Les statistiques comparées des résultats de la craniotomie et de l'opération césarienne (méthode de SANGER) semblent devoir faire résoudre affirmativement la question. L'opération de Sanger, ou telle opération analogue, est susceptible de sauver plus de vies humaines que les opérations dirigées contre les fibro-myômes, que l'ovariotomie elle-même. Sur 31 opérations (méthode de Sanger), il y a eu 24 mères et 29 enfants sauvés, soit comme chiffres de mortalité : 22,5 0/0; 6,45 0/0. Mais ces chiffres sont devenus encore plus favorables. En effet, sur 20 opérations, faites de juillet 85 à juillet 86, il y a eu 18 mères et 19 enfants sauvés, soit comme taux de mortalité : 10 0/0; 5 0/0. Pareils résultats plaident éloquemment en faveur de l'opération césarienne et pour l'abandon de la craniotomie.

L. TAIT. — La craniotomie est assurément trop souvent pratiquée. Qu'on y puisse renoncer d'une manière complète, ce n'est point chose probable. Il est, en effet, des circonstances où l'on est conduit à la

faire. Mais il suffit que l'on sache qu'un bassin est tellement rétréci que dans un premier accouchement il a nécessité la craniotomie, pour qu'on tâche d'écarter dans une deuxième et *à fortiori* dans les grossesses ultérieures, semblable nécessité. L'accouchement prématuré résout aisément et à souhait la difficulté. Dans les cas où il semble fort difficile d'extraire l'enfant sans craniotomie préalable, *si l'enfant vit*, la laparotomie est doublement indiquée. Elle permet d'avoir un enfant vivant et soustrait la patiente aux dangers considérables qu'entraîne pour elle l'autre mode d'intervention.

BARNES. — La question serait bien près d'être résolue, si l'on pouvait réduire le chiffre de la mortalité maternelle de l'opération césarienne à celui de la craniotomie. Meadows indique 20 0/0 comme étant le chiffre de la mortalité pour la 1re opération. Admettons même que ce chiffre descende beaucoup plus bas.

Je nie que celui de la craniotomie doive, nécessairement, s'élever à 20 0/0 et même à 5 0/0, sauf pour les cas des rétrécissements extrêmes qui, de l'aveu de tout le monde, réclament l'opération césarienne. *La craniotomie, faite dans les conditions favorables* (moment opportun, habileté d'exécution), *entraîne une mortalité maternelle nulle*. Cela étant, il faut se souvenir du vieux principe *qu'on doit, avant tout, s'efforcer de sauver la mère;* or, ces vingt mères, ou, en prenant les choses pour le mieux, ces cinq mères, qui sont sûrement sacrifiées avec l'opération césarienne, parce qu'on espère, dit-on, sauver 98 enfants, ne sont elles pas autorisées à revendiquer leur ancien droit à être sauvées? Cependant, on a beaucoup fait, on fera encore beaucoup pour diminuer les occasions où la craniotomie paraît nécessaire ; mais quant au rejet exclusif de cette opération de la pratique obstétricale, c'est beaucoup plus un desideratum qu'un fait acquis. Prennent part à la discussion : Routh, Edis, Ph. Hills, Imlach, H. Smih. (*British. med. Journ.*, novembre 1886.)

R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 5 *octobre* 1886.

Bandage pour les nourrices. — PARTRIDGE présente deux bandages, destinés aux femmes qui allaitent. Le premier est une sorte de corset,

échancré sous les épaules, et que la nourrice doit ouvrir pour donner le sein, ce qui l'oblige à le donner peu souvent. Le second est composé d'une bande dont l'un des chefs passe au-dessus du sein, l'autre au-dessous. Des deux bandages, dont l'un a été décrit par Mundé, dans son appendice à Cazeaux (p. 1077), sont utiles, d'après Partridge, pour prévenir la mastite.

Hanks rapporte un cas de guérison, après opération, d'un **kyste ovarique proliférant. Elévation momentanée de la température après l'accouchement, indication des injections intra-utérines.** Il est fort difficile de savoir si une élévation de la température, survenant peu après l'accouchement, est due à une fièvre intermittente ou à la sepsie. Si l'accouchée présente quelque déchirure, cette élévation doit être attribuée à l'absorption septique, et Hanks fait des injections intra-utérines.

Rodenstein a vu fréquemment la fièvre intermittente survenir après l'accouchement; un frisson, suivi bientôt par de la sueur, signifie presque toujours *malaria*. Dans la sepsie, le col est toujours ouvert; dans la fièvre intermittente, il est ordinairement fermé.

Pour le Dr Morrill, la périodicité des accès facilite beaucoup le diagnostic.

Pour Partridge, le diagnostic se fait surtout par exclusion.

Fowler recommande l'examen microscopique du sang, il y a souvent trouvé les micro-organismes de la fièvre paludéenne.

Mundé, attribue le plus souvent l'élévation de la température à une absorption septique. La béance du col indique le séjour de quelque débris dans l'utérus.

Hanks doute qu'une femme puisse avoir un frisson et de la fièvre pendant le *puerperium* hors d'un accident septique (1).

Mundé croit que les douches utérines trop fréquemment répétées, sont dangereuses. Il se produit parfois une légère élévation de la température après la douche.

---

(1) V. Le cas de L. Smith am. J. of obst : 1883, p. 154, sa discussion, p. 841, 732, 938, et mon cas, *ibid* : p. 1059. A. C.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 3 *juin* 1886.

R. P. Harris lit une observation de H. A. Kelly **sur un abcès tubo-ovarique blennorrhagique, traité par la laparotomie et l'ablation de la trompe droite de l'ovaire, guérison.** Le mari avait eu une blennorrhagie, et souffrait d'une orchite, au moment où il se maria. Sa femme commença à être malade dès l'époque menstruelle qui suivit son mariage.

Tumeur ovarique, par T. M. Drysdale. C'est son 150e cas. Ses résultats ont été de plus en plus encourageants, et il n'a perdu que vingt opérées.

Séance du 2 *septembre* 1886.

E. E. Montgomery présente une série de tubes de O'Dwyer pour **l'intubation du larynx** ; il est très satisfait de cette méthode. Son premier cas a été un succès, tandis qu'il a perdu ses cinquante premiers trachéotomisés. Les parents, au surplus, s'opposent moins à l'application de la méthode d'O'Dwyer qu'à la trachéotomie.

M. Price rapporte un cas **d'ablation des ovaires pour un fibrome utérin.** L'opérée est parfaitement guérie.

SOCIETÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 8 *juin* 1886.

M. W. Jaggard présente un **utérus gravide de six mois environ,** ayant appartenu à une femme morte subitement.

Le col est fusiforme ; il a 4 centimètres de largeur, ses parois sont épaisses de 2 centimètres. La portion supérieure, évasée, a 15 millim. de largeur, sa paroi a 15 millim. d'épaisseur. La muqueuse diffère de celle du corps utérin. L'insertion des membranes forme un cercle de 7 centimètres autour de la partie évasée; en ce point, le muscle utérin est aminci. L'épaisseur moyenne de la paroi utérine est 1 cen-

timètre; celle du col, 15 à 20 millimètres. L'utérus a 17 centimètres de longueur.

Discussion sur le mémoire de PARKES sur **le traitement des fibromes par l'ergot.**

A. REEVES JACKSON se loue de ce médicament qui a un effet utile sur le développement des fibromes et même les fait diminuer.

W.-W. JAGGARD rappelle que Hildebrand a recommandé l'ergot dans ces cas, en 1872.

H.-T. BYFORD dit que l'ergot agit en faisant expulser les tumeurs, en provoquant leur atrophie et leur résorption, et en arrêtant leur développement. Leur sphacèle est fort rare, sauf pour les fibromes sous-muqueux, et il n'est pas dangereux dans ces cas. Il raconte un cas de succès.

F.-E. WAXHAM rapporte l'expulsion d'un fibrome aussi gros que la tête d'un fœtus à terme. La malade se remit bientôt.

H.-T. BYFORD, qui a une grande expérience de ces tumeurs et de leur traitement par l'ergot, raconte ses expériences faites depuis 1854, et fait l'histoire de plusieurs cas intéressants dans lesquels l'ergot lui a rendu de grands services.

Les causes et le traitement de l'hématocèle pelvienne est le titre d'un mémoire lu à la fin de la séance et qui sera publié dans le numéro de novembre de l'*Am. J. of Obst.* et analysé, s'il y a lieu, pour nos lecteurs.

Séance du 16 juillet 1886.

Discussion sur le mémoire de WAXHAM, **sur l'occlusion du col comme cause de dystocie** (1).

JAGGARD croit que ce sont des cas de ce que Nægelé appelle *Conglutinatio* orificii, qui est fort rare, mais exige rarement une incision; il suffit le plus souvent de presser sur le col avec le doigt. Un cas plus sérieux est celui que Schmidt a décrit sous le nom de *Conglutinatio organica.*

JOHN BARTLETT raconte l'histoire d'une dame à qui un charlatan avait fait des applications d'un caustique violent sur l'utérus, à la suite desquelles le vagin s'était fortement rétréci. Malgré deux

(1) V. *Ann. de Gyn.*, 1886, t. II, p. 294.

opérations, le rétrécissement se reproduisit. Bartlett, appelé, la trouva en travail. Il fut obligé de sectionner une bande cicatricielle et d'appliquer les dilatateurs de Barnes. L'enfant se présentait par l'épaule.

Discussion sur le mémoire de BYFORD : **Étude des causes et du traitement de l'hématocèle pelvienne.**

Sur les neuf cas rapportés par Byford, cinq se sont produits après un avortement, un a été causé probablement par une grossesse extra-utérine, deux par un exercice forcé; et un refroidissement pendant la congestion pelvienne; un est dû probablement à l'irritation intestinale. Byford croit que les petits hématomes passent souvent inaperçus. Il cite Doléris (*Arch. de toc.* Nov. 1885) : « toute hématocèle diagnostiquée, « pourra et devra être ponctionnée (avec le cautère galvanique) sans « différer. » Billroth n'attend pas plus tard que les règles suivantes, pour opérer. Mundé a opéré à trois et à six semaines. Le pus ne se forme guère avant six semaines. Byford n'adopte pas la méthode d'Apostoli, qui évacue le contenu de la poche avec une cuillère; il préfère celle de Zweifel, qui incise le vagin, arrête l'hémorrhagie, puis ouvre la poche. L'auteur préfère encore ponctionner, puis déchirer la paroi vaginale avec un dilatateur, assez largement pour que l'ouverture admette deux doigts. Il est utile de faire des lavages hydrargyriques.

T. D. FITCH penche vers l'expectation qui lui a donné des résultats satisfaisants. On n'a guère l'idée d'ouvrir une collection sanguine du bras ou de la jambe.

JOHN BARTLETT rapporte un cas dans lequel les injections phéniquées ont été suivies de collapsus; la malade est morte à la suite d'une injection, il n'a pas été possible de la tirer du collapsus. Le liquide avait pénétré, par une petite ouverture, dans le péritoine. La poche hématique avait été nettoyée avec la curette.

W. W. JAGGARD, croit, comme Gallard et Veit, de Berlin, que la grossessse extra-utérine est une cause fréquente de l'hématocèle.

BYFORD, en terminant, rapporte un cas qu'il a traité par le repos.

Séance du 20 *août* 1886.

W. W. JAGGARD, présente un **œuf de 14 semaines environ, qui ne renferme qu'un placenta, un chorion, un amnios, et deux fœtus mâles.**

J. Bartlett propose une **modification à l'opération de Porro.** On procède comme dans l'opération césarienne, jusqu'à ce qu'on ait extrait le fœtus, en se servant du cautère actuel pour ouvrir l'utérus.

Puis, au lieu de faire sortir la matrice par l'incision abdominale, on l'extrait par le vagin en la renversant au moyen d'une pince faite dans ce but, et on excise l'utérus et ses annexes à quelque distance du vagin. Un des avantages du procédé est que la cavité abdominale est parfaitement close, puisque le pédicule n'est pas compris dans l'incision abdominale. Après avoir écrit son mémoire, Bartlett a lu l'article de Harris, qui propose le même procédé.

W. W. Jaggard croit que l'idée de Bartlett, quoique fort ingénieuse, ne repose pas sur de bons principes chirurgicaux. L'amputation de l'utérus renversé est fort dangereuse, d'après West et A. Martin.

J. H. Etheridge demande comment Bartlett dilate le col, s'il n'est pas ouvert.

Discussion A. B. Jackson, E. J. Doering, J. Suydam Knox, E. W. Sawyer, Byford.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 13 mai 1886.

L'état puerpéral normal, par T. E. White. Tout physiologique qu'il est, l'accouchement est dangereux. La mortalité, suivant les auteurs, est estimée à 1 0/0, 1 sur 120, 1 sur 126.

L'hyperinose de la grossesse ne cesse pas aussitôt après l'accouchement. La température, basse d'abord, remonte ; mais, à l'état normal, ne dépasse pas 37°,2. La glycosurie n'a pas une grande importance. L'utérus délivré, d'après Heschl, est entièrement résorbé par une dégénération graisseuse, et remplacé par de nouvelles fibres qui commencent à se développer dans le second mois. Les lochies durent quatre semaines, elles en peuvent durer six, sans danger. White n'approuve pas l'administration de l'opium aux accouchées, car il retarde la métamorphose rétrograde, diminue la sécrétion urinaire, et cause la constipation ; c'est tout juste l'opposé de ce qu'on doit rechercher.

Les tranchées sont souvent causées par des caillots, et cessent après

leur expulsion. Il faut plutôt chercher à empêcher la formation des caillots qu'à calmer les tranchées, qui sont salutaires; il est inutile de donner de l'ergotine. La quinine rend des services, dans les cas de tranchées névralgiques (1).

L'alimentation doit se régler d'après l'appétit de l'accouchée. Il est même bon de lui donner un peu de nourriture, aussitôt qu'elle est nettoyée; puis on la laisse dormir.

Il est important de s'assurer que la vessie se vide bien, car l'accouchée ne sent guère le besoin d'uriner. Le repos absolu est nécessaire; l'involution utérine se fait mieux dans la position horizontale que dans toute autre. Il ne faut pas en général que les femmes délicates marchent avant la fin de la troisième semaine.

L'auteur recommande naturellement les précautions antiseptiques.

G. Zinke croit que rien n'est plus facile à traiter qu'un accouchement normal. Il ne fait même plus le traitement antiseptique dans les cas normaux. Les injections vaginales, selon lui, sont inutiles, si la femme est bien portante, même un peu dangereuses. Après un accouchement normal, Zinke croit à l'utilité de la propreté, pas à celle des antiseptiques. Pour les tranchées, il se sert du chloral, du bromure de potassium et de l'opium, et il donne toujours de l'ergot aussitôt après l'accouchement.

G. S. Mitchell ne manque jamais de prendre un bain et de changer de vêtements avant d'aller assister une femme dans son accouchement. Il croit aux précautions antiseptiques.

C. D. Palmer donne toujours de l'ergot aussitôt après la délivrance, nourrit ses accouchées, et leur fait faire des injections vaginales, qu'il regarde comme fort utiles, car elles assurent la propreté du canal, et, employées chaudes, amènent la rétraction utérine.

C. O. Wright, n'est pas partisan des injections antiseptiques dans les cas normaux. Il cite le cas d'une dame qui avait des tranchées après chacun de ses accouchements, quoique son médecin lui donnât de l'ergot. Wright remplaça l'ergot par le bromure, et elle n'eut pas de tranchées.

Julia Carpenter ne donne des injections, — et elle les fait elle-même dans ce cas — que lorsqu'elles sont indiquées; elle reste trois heures près de son accouchée, après la délivrance.

---

(1) Il faut remarquer que la quinine est un excellent utéro-moteur. A. C.

Th.-A. Reamy ne donne que rarement l'ergot avant la délivrance. L'ergot fait contracter l'utérus sur son contenu, mais n'en provoque pas l'expulsion. Il ne fait pas d'injections dans les cas normaux.

Palmer croit que l'absence d'odeur ne prouve pas que la septicémie n'existe pas.

White, malgré les objections qu'on lui a faites, reste partisan des injections antiseptiques.

Résumé, d'après *l'Am. J. of. obst.*, 1886, p. 1164 à 1605 par A. Cordes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hémorrhagies utérines. — *(Etiologie, diagnostic, traitement)* par le Dr Sneguireff (1). Le livre dont nous allons fournir le compte-rendu est dû au Dr Sneguireff, professeur de Gynécologie à l'université de Moscou. La monographie dont nous allons successivement étudier les divers chapitres comprend près de 300 pages in-8°.

Dans un premier chapitre intitulé Méthode générale de diagnostic des maladies des femmes, nous trouvons successivement mentionnées la façon dont on doit procéder à l'interrogatoire de la malade, l'exploration externe et interne de l'abdomen.

Dans une deuxième partie nous rencontrons l'étude de l'étiologie des hémorrhagies utérines. Les causes des hémorrhagies sont divisées en organiques ou réflexes. Au premier rang des causes organiques se placent les dégénérescences malignes, les dégénérescences bénignes, les phlegmons chroniques, l'avortement, la grossesse, les apoplexies des ovaires, les hémorrhagies du péritoine pelvien, la ménopause, les troubles de la nutrition générale. Enfin l'auteur étudie les causes traumatiques.

Les hémorrhagies réflexes que quelques auteurs ont cru devoir rejeter sont admises, avec juste raison selon nous.

---

(1) In-8° de 300 pages, avec 44 figures. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne. Prix : 8 francs.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le diagnostic qu'il donne de chacune des maladies qui peuvent produire l'hémorrhagie, l'étiologie que nous avons indiquée précédemment suffit pour nous faire connaître la marche suivie par M. Sneguireff dans l'étude diagnostique de chacune de ces causes à laquelle l'auteur a consacré près de 100 pages de son mémoire.

Plus loin nous trouvons indiqué le traitement des hémorrhagies en général et enfin les remèdes qui sont propres à combattre les diverses affections qui causent les métrorrhagies.

Le livre dont nous venons d'exposer le plan est l'œuvre d'un clinicien expérimenté. L'auteur nous donne le résultat de son expérience sans se laisser distraire par de vaines théories.

Nous sommes donc reconnaissant à M. Varnier, interne des hôpitaux de Paris, de nous avoir fourni une édition française de ce livre auquel le Dr Pinard a bien voulu servir de parrain dans une préface des plus élogieuses.

A. L.

Du traitement chirurgical des myômes utérins. — (thèse d'agrégation), A. Vautrin. — L'auteur ne s'était pas fait illusion sur les difficultés que comportait l'étude d'un pareil sujet. Car, comme il le déclare très judicieusement, « *nous sommes dans une époque de transition, d'essais opératoires, sorte de période indécise, pendant laquelle la critique et le jugement sont délicats à formuler.* » Ce qui ne l'a pas empêché de présenter un travail aussi complet qu'intéressant, qui permet au lecteur d'embrasser les diverses faces de la question, de se rendre compte de tous les efforts qu'elle a suscités, et des transformations nombreuses qu'elle a subies sur l'influence des conquêtes chirurgicales modernes.

Définition. — Dans toute sa rigueur, le terme « myômes utérins » comprend toutes les tumeurs développées aux dépens du tissu utérin et composées des éléments musculaires lisses analogues à ceux qui le constituent. » Mais si l'on subordonnait strictement la question posée à cette définition, le cadre serait trop vaste. Aussi, M. Vautrin, a-t-il jugé qu'il valait mieux effleurer seulement certains points moins discutés, secondaires jusqu'à un certain point, pour développer aussi complètement que possible d'autres questions intéressantes et pleines

d'actualité, *énucléation des myômes par la voie vaginale, castration, traitement du pédicule dans l'hystérectomie*, etc.

Indications générales du traitement chirurgical des myômes.— L'auteur passe soigneusement en revue la série des indications et des contre-indications, tout en faisant remarquer que ses limites varient avec chaque opérateur. On conçoit qu'une « condition spéciale », considérée par un chirurgien comme un contre-indication absolue, n'arrêtera pas cependant dans certains cas une main plus habile, plus exercée. « *Mais on doit poser comme* **règle immuable** *que toute opération entreprise contre une tumeur utérine, qui ne présente pas des symptômes incompatibles avec la vie de la malade, est téméraire et non justifiée.* » Un court chapitre consacré au traitement médical (administration interne du chlorure de calcium, du bromure et de l'iodure de potassium, de l'ergot de seigle, injections répétées d'ergotine (Hildebrand), interstitielle d'ergotine (Delore), électricité (Kimball, Routh, A. Martin, Tripier, Apostoli), électropuncture, massage, emploi de certaines eaux minérales (Creusnach, Salins, Kissingen, Salies de Béarn) aboutit aux conclusions suivantes : « tous ces moyens n'ont qu'un *rôle accessoire*. Ils seront employés utilement contre les accidents et les complications des myômes utérins en attendant l'application du traitement chirurgical, ou comme seul espoir lorsque ce dernier sera contre-indiqué. »

Intervention chirurgicale. — Tous les modes de traitement ont pour but : 1° soit l'ablation de la tumeur ; 2° soit de provoquer l'arrêt de son évolution et la suppression des troubles qu'elle cause.

Il importe de conserver la distinction déjà adoptée par Péan et Hardy, Pozzi, etc.

a) *Myômes à évolution vaginale*, et *b*) Myômes *à évolution abdominale*.

PREMIÈRE PARTIE. — *a*) Myômes à évolution vaginale qui sont : 1° soit pédiculés (polypes), 2° soit sessiles.

CHAPITRE I. — *Polypes.* — V... admet les trois variétés indiquées par M. Pozzi: myômes *intra-utérins*, *intermittents*, *vaginaux* ou *utéro-vaginaux*. Il rappelle les circonstances diverses qui sont de nature à faire hâter ou différer l'intervention. Puis il passe en revue, en les critiquant, les différentes méthodes d'ablation et formule d'après Stolz les conclusions suivantes : « l'ablation des polypes doit, autant que possible, être faite par les moyens simples, excision par les ciseaux conduits sur le doigt ou par la torsion, si le pédicule est accessible et assez mince.

Dans le cas contraire, il faut faire le morcellement, l'évidement de la tumeur et se servir de l'écraseur suivant la manière adoptée par M. Pozzi.

CHAPITRE II. — **Myômes sessiles, deux variétés principales :**

a) ***Myômes à évolution vaginale développés aux dépens du corps de l'utérus.***

b) ***Myômes accessibles par le vagin développés aux dépens du col de l'utérus.***

a) **Premier groupe.** — Leur traitement est varié, il comprend :

1° Les procédés qui ont pour but de provoquer l'élimination et la gangrène de la tumeur (fer rouge, incisions, excisions de la tumeur avec le bistouri (Baker-Brown), hystérotomie ignée (Abeille)...

2° Les procédés qui ont pour but de provoquer l'expulsion spontanée de la tumeur (électricité, ergotine, incision sur la surface interne du myôme destinée à favoriser son évolution centripète, dilatation du col, incisions sur les bords de l'orifice externe, etc...)

3° *L'énucléation* ou hystérotomie intra-utérine, qui est complète ou incomplète.

Voici les conclusions qui suivent l'exposition et la discussion très circonstanciée de ces deux dernières méthodes :

« Nous pouvons dire que la mortalité de l'énucléation complète est faible, qu'elle n'atteint pas 14 0/0 ; en conséquence, il y a lieu de revenir quelque peu sur les restrictions qui avaient été formulées il y a une douzaine d'années et de se demander si, dans certains cas, il ne serait pas indiqué d'intervenir de bonne heure, alors que les myômes sont peu développés, et n'ont pas causé encore de troubles locaux ou généraux. D'ailleurs, l'énucléation d'un myôme petit, sessile et bien limité, est moins dangereuse que l'extirpation d'un polype volumineux. »

« L'énucléation incomplète étant presque toujours une opération de nécessité, l'on ne peut discuter ses indications ; il suffit d'éviter autant que possible les conditions où elle est nécessaire, réservant les cas difficiles pour la laparotomie ou pour le traitement palliatif, en faveur de nos jours, la castration. En raison de sa gravité relative, celle-ci ne devra être pratiquée qu'après avoir reconnu l'énucléation complète impossible. »

b) **Deuxième groupe.** — Myômes développés aux dépens du col de l'utérus, se subdivisant eux-mêmes en deux groupes secondaires sui-

vant qu'ils se développent aux dépens de la portion vaginale ou de la portion supra-vaginale du col.

1° *Myômes de la partie inférieure du col.* — Ce sont en général des tumeurs très accessibles, le plus souvent l'intervention est facile. Parfois cependant ils acquièrent un volume énorme, d'où, des lésions de gangrène du vagin, de la vessie..., l'accumulation de produits septiques... Leur siège le plus habituel est la lèvre postérieure. Les mêmes conditions qui, dans le cas de ces tumeurs, rendent l'intervention aisée sont en même temps des raisons pour qu'on intervienne dès qu'il existe des symptômes nettement définis. Suit la description et la critique de la plupart des procédés opératoires (arrachement, torsion, ablation au thermo-cautère, broiement, ligature, anse galvano-caustique, énucléation en un ou plusieurs temps, précédée de la diminution du volume par l'évidement conoïde, l'hystérotomie par excision). Après avoir rappelé les résultats obtenus dans un grand nombre de cas par des opérateurs usant de procédés divers, M. V... émet cette appréciation générale : « Dans l'état de la science et avec les progrès de l'antisepsie, il serait bien préférable de rechercher après ces amputations partielles la réunion par première intention et d'abandonner autant que possible les instruments qui produisent des eschares et une cicatrisation souvent défectueuse du moignon cervical.»

2° *Myômes de la partie supra-vaginale du col.* — Ils sont *sous-muqueux* ou *interstitiels*. Or les premiers sont justiflables des procédés décrits précédemment.

Myômes interstitiels. — L'intervention doit être précoce, l'existence d'accidents assez accusés aggrave le pronostic. Lorsqu'il y a « *enclavement* » de la tumeur, décider des avantages relatifs de la laparotomie et de l'extirpation pas la voie vaginale, constitue un problème fort délicat. Il est impossible d'énoncer à ce sujet une règle absolue. On peut, avant toute intervention chirurgicale, tenter le « *désenclavement* » de la tumeur, méthode qui a donné quelques succès. On y parvient par des pressions exercées à travers le rectum sur le myôme et secondées par l'action naturelle de la pesanteur qui entre en jeu dès qu'on fait prendre à la patiente la position génu-pectorale. Reste ensuite l'intervention chirurgicale qui comprend *l'énucléation simple* et la *myomectomie* ou *myomotomie.* Les dangers que fait courir cette dernière méthode augmentent avec le volume de la tumeur et l'étendue des adhérences. Cependant, le chiffre de la mortalité, qui serait de 25 0/0, semble autoriser le chirurgien à pratiquer cette opération

dans les cas où la laparotomie paraît devoir être d'une exécution difficile. L'auteur cite ensuite sommairement deux autres méthodes : 1° de Backer-Brown (incision de la capsule et segmentation ou dilacération du stroma-fibreux); 2° de Greenhalgh (désagrégation de la tumeur en la perforant et l'incisant avec le fer rouge). Suit l'exposition de la méthode de Péan, *de l'ablation des myômes utérins par voie vaginale après morcellement.*

Un court paragraphe est consacré à la colpo-hystérectomie.

DEUXIÈME PARTIE. — CHAPITRE I.— *Myômes à évolution abdominale,* qu'on peut, à l'exemple de M. Pozzi, ranger en deux classes : 1° *M.* à évolution abdominale proprement dite, *sous-séreux et interstitiels;* 2° *M. à évolution pelvienne, M. sous-séreux.* Ils sont justifiables de la myomectomie dont le chiffre de mortalité est de 25 p. 0/0.

M. interstitiels encapsulés. — Il faut procéder à l'énucléation qui peut être entourée de très grandes difficultés en raison de certaines conditions (siège, adhérences, rapports avec des organes importants). D'après Duncan, le chiffre de la mortalité pour cette opération est 50 0/0, tandis que pour l'hystérectomie il s'élève à 70 p. 0/0. Quand l'énucléation paraît devoir être par trop compliquée, parfois même impossible, « il reste la ressource de l'hytérectomie partielle, opération qui, bien souvent, n'offrira pas plus de dangers que l'énucléation. Elle semble cependant devenir de plus en plus grave à mesure qu'on se rapproche du col utérin. Quant à l'hystérectomie totale dont les indications sont exceptionnelles, elle n'a pas encore fait ses preuves. Mais si on la repousse comme méthode de choix, il faut reconnaître qu'elle doit être employée quelquefois comme méthode de nécessité dans le cas où le col utérin est absorbé par le néoplasme. »

Myômes à évolution pelvienne. On peut, d'après leurs connexions, distinguer quatre variétés principales :

1° M. sus-ligamentaires.

2° M. à inclusion incomplète.

3° M. intra-ligamentaires ou à inclusion complète.

4° M. sous-ligamentaires.

Le chapitre des indications est ainsi résumé. Il existe :

a) Des conditions où l'extirpation de M. pelviens est indiquée ; c'es quand la tumeur est mobile dans l'excavation, quand son volume augmente rapidement et quand elle cause une certaine gêne.

b) Des conditions où l'hystérectomie est autorisée : c'est quand, la tumeur étant fixée, enclavée, sa présence cause des phénomènes de compression, de douleur, rendant la vie insupportable.

c) Des cas où la castration étant reconnue impossible, malgré l'énorme danger de l'intervention, il vaut mieux tenter une dernière chance que de laisser périr la malade sans lui porter secours.

d) Il y a souvent impossibilité absolue d'enlever la tumeur; dans ce cas, l'intervention radicale sera contre-indiquée : on fera la castration ou bien on se bornera à une laparotomie exploratrice.

CHAPITRE II. — *Traitement du pédicule dans l'hystérectomie.*

M. Vautrin étudie, avec beaucoup de soin, chacune des trois méthodes du traitement du pédicule : a) *extrapéritonéale*, (b) *intrapéritonéale*, c) *mixte*; et, eu égard à leur valeur comparée, il conclut ainsi : « en résumé, le traitement extra-péritonéal est celui qui nous donne les meilleures garanties de succès ; mais dans certaines circonstances il doit céder la place au traitement intrapéritonéal. On choisira la réduction du pédicule quand, sans plus de dangers que le procédé de fixation à l'extérieur, elle permettra d'obtenir une guérison rapide. On sera forcé bien des fois d'employer la réduction par nécessité; alors, on devra surtout être préoccupé par les accidents de septicémie et d'hémorrhagie qui peuvent survenir.

« Enfin, lorsque le chirurgien ne pourra sans grands dangers pour la malade tenter l'ablation d'un myôme utérin volumineux, soit à cause de la formation difficile d'un pédicule, soit en raison des adhérences multiples et de l'incarcération de la tumeur dans le bassin, il devra avoir recours à un traitement palliatif qui constitue la seule ressource dans ces cas, à la castration. Il est vrai que les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur les indications et les contre-indications de cette dernière ; on ne peut donc formuler aujourd'hui un jugement basé sur des données certaines, mais il est permis de dire que l'oophorectomie employée contre les tumeurs fibreuses est une bonne opération, capable, dans certaines conditions, de rivaliser avec l'hystérectomie, mais qui ne constitue presque jamais *que le meilleur des traitements palliatifs.* »

L'auteur a également consacré un court paragraphe au *traitement chirurgical des myômes pendant la grossesse* et de l'examen des statistiques dégage les conclusions suivantes :« La gravidité a peu d'influence sur l'extirpation des myômes quand ils sont pédiculés. Quant aux autres

opérations, elles paraîtraient sensiblement plus graves dans l'état de grossesse. En ce qui concerne la méthode de traitement du pédicule, elle peut être soumise aux mêmes considérations que celles formulées à l'occasion des tumeurs ordinaires. Cependant, en raison de la laxité des tissus péri-utérins, il sera préférable d'attirer, comme Kaltenbach, le pédicule dans la plaie abdominale; on pourra se soustraire ainsi aux chances d'infection qui sont plus nombreuses pendant la gravidité. »

Cette analyse, malgré sa longueur, ne saurait donner une idée exacte de la somme de travail contenue dans la thèse de M. Vautrin. Ce n'est qu'en la lisant qu'il est possible d'apprécier l'effort produit. La lecture de ce travail si consciencieux ne peut, de plus, qu'être très attrayante à tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la gynécologie opératoire moderne.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES JOURNAUX

Rapport sur les actes de la clinique de Breslau (Bericht aus der Königl. Frauenklinik-Breslau). — Depuis le mois d'octobre 1883 jusqu'au mois d'avril 1887 (2 ans 1/2), il y a eu 1154 accouchements dont 7 avortements et 13 accouchements gémellaires. — Sur 1160 enfants, 1068 sortirent bien portants. Il fut diagnostiqué, 1086 présentations franches du sommet, 4 du front, 10 de la face, 21 du tronc, 2 de l'épaule, 24 du siège, 10 des pieds; on fit 167 opérations pour 150 parturientes : 73 forceps, 35 versions, 20 extractions, 12 perforations, 1 embryotomie, 3 sections césariennes, 1 accouchement forcé (éclampsie), 4 décollements placentaires, 3 « curettements » après des avortements, 14 accouchements prématurés, 1 avortement provoqué.

On provoqua l'avortement au cinquième mois, chez une femme qui, en raison d'un développement exagéré du ventre, était sous le coup d'accidents dyspnéiques graves. Des 1154 femmes, 10 mouru-

rent; 5 d'éclampsie, une par syncope (pendant le travail), 1 de rupture utérine, 1 de phthisie, 2 de fièvre puerpérale. 940 (83 0/0 accouchées ne présentèrent aucune élévation thermique, 1084 (94,8 0/0 n'en présentèrent jamais le matin; 101 accouchées seulement (8 0/0) eurent pendant 2 ou plusieurs jours des phénomènes fébriles. On constata de l'endométrite 7 fois, de la paramétrite 16, de la vaginite 10 fois. On se sert, depuis 2 ans 1/2, du sublimé comme agent antiseptique; solution à 1 pour 200 pour les lavages vaginaux, à 1 p. 1000 pour la désinfection des mains.

Injections intra-utérines avec 4-6 litres de la solution forte, lorsque la température monte à 39° 5 et qu'il y a de la fétidité des lochies. On n'a jamais observé d'accidents mortels attribuables à l'emploi du sublimé; il n'y a eu que 7 intoxications légères qui se sont terminées très rapidement. (*Breslauer artzl. Zeischrift*, 1886, n° 9 ; et *Cent. fur Gynak*, n° 36, — 1886.)

Rapport sur les actes de la Clinique obstétricale d'Iéna. (*Bericht uber die thatigkeit in der geburtshilflichen Klinik zu Iena* 1885.)

1° *Obstétrique.* — *a*) Clinique. 122 accouchements dont 1 gémellaire, donc 123 enfants. 68 garçons, 55 filles, 9 enfants morts-nés 6 présentations de l'extrémité pelvienne, 1 transversale, les autres présentations normales du sommet. Opérations : 14 forceps (1 fois la tête restant très élevée), 1 extraction par des tractions sur les pieds, 1 version (forceps sur la tête dernière), 1 perforation, 4 accouchements prématurés, extraction de l'œuf, 3 fois. Déchirures du périnée, 20 ; 13 fois chez des primipares, 7 fois chez des multipares, 7 accouchements compliqués. Des 122 accouchées 1 succomba à une intoxication par le sublimé. Primipare, âgée de 19 ans, qui avait accouché spontanément et chez laquelle on fit, parce qu'il y avait de la fétidité des lochies, des lavages intra-utérins avec une solution de sublimé à 1 p. 5000. Hydrargyrisme, vomissements, diarrhée inncoercible, collapsus. L'autopsie révéla des ulcérations intestinales, surtout au niveau du gros intestin.

Accidents puerpéraux graves, tous suivis de guérison, 6 fois; légers 15.

b) Policlinique. 40 accouchements : 8 forceps (1 fois la tête restant élevée, état tétanique de l'utérus, prolapsus du cordon), 2 présentations de la face (transformée 1 fois manuellement en présentation du sommet), 1 perforation, 1 cranioclastie, 5 présentations pelviennes, 5 transversales (1 embryotomie), 3 avortements, et 8 délivrances compliquées. Une accouchée succomba à l'éclampsie durant les suites de couches. (Autopsie : néphrite et processus infectieux de la rate).

Dans tous les accouchements, l'antisepsie fut rigoureuse. En tant que substance antiseptique, on se servit de préférence du sublimé, solution à 1/5000. (Pour la pratique des sages-femmes, on conseille les solutions phéniquées).

Dans le but de protéger le périnée, on place sous la région lombaire des parturientes un » coussin roulé », afin de diriger la résultante de l'effort utérin vers l'orifice vaginal. La progression de la tête est réglée de façon à éviter autant que possible un dégagement brusque. Les incisions latérales, en tant que moyen préventif des déchirures du périnée, sont employées très rarement, parce qu'il faut les suturer tout comme les déchirures.

La délivrance est conduite d'après la méthode de Crédé, expression utérine.

Pour toutes les applications de forceps on s'est servi du forceps de Busch.

Pour la perforation, le perforateur de Pajot et le cranioclaste.

Dans le cas de présentations de l'extrémité pelvienne, expectation aussi prolongée qu'il est possible. Pour rappeler à la vie les enfants nés en état de mort apparente, manœuvres de Schultze. L'extrémité ombilicale du cordon est enveloppée dans de l'ouate salicylée sèche.

2° *Gynécologie.* — La reposition de la matrice rétrofléchie est exclusivement tentée à l'aide des manœuvres bimanuelles ; le cathéter n'est jamais employé. S'il y a des adhérences, la reposition n'est faite que la malade étant endormie. Le plus souvent, on emploie le pessaire de Schultze, quelquefois celui de Thomas. Le caoutchouc étant sujet à se déchirer, on lui substitue le celluloïde.

Contre le prolapsus utérin, on a recours aussi aux pessaires ; ce n'est qu'après échec qu'on intervient par une opération. On traite le catarrhe utérin par les lavages antiseptiques (Schultze). Eventuellement, on dilate avec la laminaire.

Contre les déchirures du col, compliquées d'ectropion, l'opération d'Emmet.

La périnéoplastie, suivant la méthode de Simon.

Dans les cas d'hémorrhagies, se produisant d'une façon irrégulière, on utilise pour le diagnostic l'exploration directe, avec le doigt, de la cavité utérine, après dilatation du col. Les tumeurs de petit volume (adénomes) sont extirpées avec la pince à cuillers de Schultze; la muqueuse est râclée avec la curette. Pour les cancers, nettement circonscrits dans la portion vaginale, on a recours à l'amputation faite en un point élevé; pour les autres, on pratique l'extirpation totale de la matrice.

Les laparotomies sont faites en se conformant aux principes fondamentaux de la méthode antiseptique. (*Correspondenz-blatt des ärzt. Verein von Thüringen*, et *Cent. für Gunaky*, n° 36, 1886.)

Extirpation d'un gros myôme polypeux du corps de l'utérus après laparotomie (Extirpation eines grossen polypösen Myom des corpus uteri durch Laparotomie). — L'auteur met en regard deux observations tirées de la pratique de Martin, pour bien faire ressortir les grands avantages qu'il y a dans certaines conditions (volume considérable de la tumeur, difficultés d'atteindre le pédicule, . . .) pour l'ablation des myômes utérins, à abandonner la voie vaginale et à faire la laparotomie.

Obs. I. — Femme âgée de 49 ans ; un seul accouchement 19 années auparavant. Depuis des années, hémorrhagies considérables, ayant amené une anémie profonde. A l'examen, on constate une tumeur dont le sommet paraît constitué par l'utérus hypertrophié. Elle remonte jusqu'à l'ombilic et proémine dans le vagin qui est fortement distendu.

Enucléation par le vagin. — L'opération fut très laborieuse. On parvint néanmoins, à l'aide du forceps et d'instruments analogues de traction, à extraire la tumeur qui était grosse comme une tête d'adulte. Suites opératoires malheureuses. Gangrène totale de la paroi vagino-rectale, attribuable sans doute en partie à l'anémie extrême de la pa-

tiente, et aux lésions produites par les difficultés de l'extraction. Mort le 3e jour après l'intervention.

Obs. II. — Femme âgée de 55 ans, sujette depuis 1870 à des hémorrhagies considérables. — Menstruée à 14 ans, régulièrement, règles assez abondantes. Dernières règles en août 1884.

Depuis deux ans environ, écoulement fétide qui a notablement augmenté dans les six derniers mois.

Le 7 juillet, 1er examen, après chloroformisation.

Femme grosse, à ossature développée, anémie.

En arrière de la paroi abdominale, très épaisse, existe une tumeur dure qui s'élève jusqu'à l'ombilic et plonge profondément dans le bassin. On ne perçoit à son niveau aucun bruit de souffle. Dans sa partie supérieure, elle est coiffée par une masse grosse comme la moitié du poing environ.

Hymen intact. Le doigt explorateur arrive immédiatementen arrière de l'orifice vaginal, sur une tumeur à surface irrégulière, qui parait absolument indépendante des parois du vagin. Il s'écoule, en grande quantité, un liquide purulent, d'odeur cadavérique.

L'opération fut faite le 10 juillet 1886, après qu'on se fût appliqué dès longtemps à l'avance à rendre le champ opératoire aussi aseptique que possible. Incision rapide de la paroi abdominale, suivant la ligne médiane. L'intestin tout entier est attiré hors du ventre et enveloppé dans un linge imbibé d'une solution phéniquée tiède. On peut, très facilement, sans le secours d'aucune sorte de pinces, soulever le corps de la matrice. On place des éponges en arrière de l'organe et on l'attire ensuite fortement en avant, manœuvre facile qui rend plus accessible la paroi postérieure. On incise cette paroi, l'incision donne très peu de sang. La cavité utérine ouverte, il s'échappe une grande quantité de pus, très fétide. Les bords de la plaie sont écartés et saisis dans des pinces hémostatiques, quelques artères donnant du sang; on attire la tumeur au dehors avec des pinces de Muzeux. Elle est insérée sur la paroi antérieure du corps de l'utérus. La muqueuse est décollée avec les doigts au niveau de l'insertion du myôme, et le pédicule énuclé. Hémorrhagie insignifiante.

Désinfection minutieuse de la cavité utérine, ràclage à fond de la muqueuse, résection des bords de la plaie et suture continue avec des fils de soie. Suture de l'abdomen après qu'on se fût bien assuré qu'il n'y avait aucun danger d'hémorrhagie.

Tumeur. — C'était un myôme du poids de 940 grammes. Longueur 16 centimètres, largeur 12 centimètres, épaisseur 8. Les fragments de muqueuse ne laissèrent voir au microscope qu'une infiltration interstitielle modérée de petites cellules et une injection très accusée des vaisseaux.

La guérison eut lieu sans aucun accident. 14 jours après l'opération on n'avait encore constaté ni accélération du pouls, ni élévation de la température. La patiente avait déjà quitté le lit. (*Cent. fur Gynäk*, nº 31, 1886.)

De l'étiologie et de l'importance du papillome des organes génitaux de la femme (Zur Atiologie und diagnostichen bedeutung der Papillome der weibichen Genitalien) — B... a, depuis un certain nombre d'années, chez toutes les femmes admises à la clinique qui était atteintes de papillomes de la région génitale, examiné le produit de sécrétion du col, des glandes de Bartholin, du vagin, et des parties voisines du méat urinaire, au point de vue de la présence ou de l'absence de gonococcus. Sur 13 femmes enceintes, il y en eut 12 chez lesquelles on ne trouva aucune trace du micrococcus spécifique ; sur 3 femmes non gravides, il y en eut une chez laquelle il fit également défaut. Chez les 3 autres, au contraire, on le décela très aisément. Dans trois cas où il n'y avait aucune espèce de sécrétion virulente, B.... vit les condylomes se développer, pour ainsi dire *sous ses yeux*. D'où la conclusion que ces sortes de végétations peuvent fort bien se développer dans la région génitale en l'absence de tout produit gonorrhéique. Se basant enfin sur des résultats obtenus dans une série de recherches expérimentales, résultats en harmonie avec l'observation des faits cliniques, l'auteur pense que toute irritation prolongée, chronique ou d'origine mécanique, peut provoquer le développement de productions papillomateuses (1) (*Cent. fur Chirurg.* nº 40, 1886.)

---

(1) M. Secheyron vient de publier un article sur certaines variétés de tumeurs papillomateuses, manifestement provoquées par un traumatisme ou l'action, plus ou moins prolongée, d'une cause irritante. (Voir *Archiv. de Médecine*, Octobre 1886.) R. L.

De la suspension du moignon utérin après l'amputation supra vaginale. (*Zur suspension der uterusstumpfes nach supra-vaginaler amputation*). A. WOLFIER. — Les deux premiers cas traités d'après cette méthode, ont prouvé qu'on pouvait éviter l'infection du péritoine et la péritonite concomitante, même quand il y a suppuration et gangrène du pédicule. Depuis ce moment, Wolfier a pu, dans une troisième observation, où le même procédé avait été appliqué, obtenir une cicatrisation parfaite, dépourvue de tout phénomène réactionnel, entre le pédicule et les parties molles environnantes. La marche de la convalescence eût été parfaitement normale si, le dix-huitième jour après l'opération, il ne s'était produit, à l'occasion d'efforts violents, une thrombose de la vessie iliaque gauche. Dans ce dernier cas, W.., avait taillé, aux dépens du péritoine qui doublait la tumeur, une manchette assez large pour qu'elle pût, sans tiraillements, recouvrir la surface du moignon. Si, en raison de la brièveté du pédicule, de l'insuffisance de mobilité de la matrice, ce procédé est inapplicable, on peut adopter celui de Meisnert. (Renversement après ouverture du cul-de-sac de Douglas, du pédicule dans le vagin) ; ou bien tailler une ample manchette, non plus pour recouvrir la surface du pédicule, mais pour la suturer, en haut, au péritoine pariétal. On fait ainsi une sorte de sac, au fond duquel gît le moignon utérin. Il devient dès lors avantageux d'établir un drainage, par la paroi abdominale seulement ou aussi par le vagin. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 49, 1885 et *Cent. fur Gynäk*, n° 49, 1886).

De l'ovariatomie en Russie (*Ovariotomen in Russland*). MATWEW. — On a pratiqué depuis 1848, 696 ovariotomies en Russie ; la première, suivie de succès, fut faite en 1862. En tout, 96 opérations. 263 fois, l'opération fut suivie de mort, soit comme chiffre de mortalité 32 0/0 ; chiffre qui va en s'abaissant d'année en année; 16 fois l'ovariotomie fut pratiquée au cours de la grossesse ; une mort, 6 avortements. Plusieurs fois, elle fut pratiquée deux fois chez la même femme, dans un cas la mort s'ensuivit. Dans plus de la moitié des cas (133) la mort fut causée par une des diverses formes de péritonite. Ce chiffre de la mortalité, très différent suivant les opérateurs, puisqu'il oscille entre

42 0/0 et 7,7 0/0, est très influencé par des circonstances diverses. (*Dissert. Saint-Pétersbourg*, 1886 *et Cent. fur Gynäk*, 40. — 1886.)]

Hystérie guérie par la castration (*Eigenthümlicher Fall von Hysterie durch Kastration geheilt*). Widmer. X... née en 1859, non mariée appartient à une famille de névropathes. Elle rapporte sa maladie actuelle à une tentative de viol dont elle aurait été victime en 1881. Depuis ce moment, la menstruation qui était normale, est devenue douloureuse et irrégulière. En même temps que ces symptômes, s'est déclarée une toux, à caractère hystérique et très fatigante. La patiente entre dans un hospice d'aliénés d'où elle sort au mois de juin 1882, très améliorée. Six semaines s'étaient et peine écoulées, que la toux reparaît extrêmement violente. Les quintes empiètent les unes sur les autres. Le sommeil est absolument troublé. Subitement, la toux fait place à une période d'érotomanie légère. Après dix jours, réapparition du phénomène initial. Jusqu'en 1884 on essaie, sans aucun résultat, de tous les moyens anti-hystériques. Contre les douleurs menstruelles on fait même, très inutilement, la discission du col. Mais on remarque que les quintes de toux cèdent dès qu'on exerce une pression suffisante sur la région ovarienne. En novembre 1884, le Dr Haffter pratique la castration. Evolution normale de la plaie. Réunion par première intention. Le huitième jour, on enlève les sutures, on applique un deuxième bandage aseptique. Mais, par suite de l'indocilité, de mouvements intempestifs de la malade, la suture abdominale cède et donne passage à une portion de l'épiploon et de l'intestin qu'il faut réduire. De nouveau, réunion par première intention. A l'examen histologique, l'ovaire ne présente pour ainsi dire aucune altération.

Quant au résultat opératoire, il est satisfaisant. La patiente peut travailler et plus d'un an et demi après l'opération, il n'est pas survenu encore un seul des anciens accès (*Korrespondenzblatt für Schweizer Arzte*, n° 9, II. — 1886 *et Cent. für Gynak.*, n° 40. — 1886).

VARIÉTÉS

Ecole pratique. — Introduction physique à l'électricité médicale avec ses applications thérapeutiques gynécologiques.

M. le Dr Apostoli, commencera son cours, le 17 novembre, à 4 heures, Amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Zur kazuistik des Fœtus amorphus S. Anideus, par F.-L. Neugebauer.
Eine bisher Einzig dastehende Beobachtung von Polymastie mit 10 *Brutwarzen*. — F.-L. Neugebauer.

Le gérant : A. Leblond.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXVI

Juillet à Décembre 1886

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXVI

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY succ., Imp. de la Faculté de médecine,
52, rue Madame et rue Corneille, 3